FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1930 N° 28

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

PAR

JANNIARD Émile

né à Auberive (Haute-Marne) le 25 décembre 1901

Les Sillons unguéaux

Leur valeur médico-légale

Président : M. CHAVIGNY, Professeur

NANCY
SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES
1930

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548015_0059

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1930 N° 28

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

PAR

JANNIARD Émile

né à Auberive (Haute-Marne) le 25 décembre 1901

Les Sillons unguéaux

Leur valeur médico-légale

Président : M. CHAVIGNY, Professeur

NANCY
SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES
1930

Faculté de Médecine de Strasbourg

Doyen	MM.	ANCEL, ✲, I ⚜.
Assesseur		MERKLEN, ✲, I ⚜.

Professeurs:

Embryologie	MM.	ANCEL, ✲, I ⚜.
Anatomie		FORSTER, ✲, I ⚜.
Histologie		BOUIN, O ✲, I ⚜.
Physiologie		SCHAEFFER, I ⚜.
Physique biologique		VLÈS, ✲, I ⚜.
Chimie biologique		NICLOUX, ✲, I ⚜.
Anatomie pathologique		MASSON, ✲, I ⚜.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		AMBARD, ✲, I ⚜.
Hygiène, Bactériologie		BORREL, C ✲, A ⚜.
Médecine légale		CHAVIGNY, C ✲, I ⚜.
Clinique médicale		MERKLEN, ✲, I ⚜. N...
Clinique chirurgicale		LERICHE, O ✲, I ⚜. STOLZ, ✲, I ⚜.
Clinique ophtalmologique		WEILL, I ⚜.
Clinique dermatologique		PAUTRIER, O ✲, I ⚜.
Clinique psychiâtrique		PFERSDORFF, ✲, I ⚜.
Clinique neurologique		BARRÉ, ✲, I ⚜.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB, A ⚜.
Clinique infantile		ROHMER, ✲, I ⚜.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT, A ⚜.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON, Max A ⚜.
BELLOCQ, I ⚜.
MM. FONTÈS, A ⚜.
GÉRY, A ⚜.
SCHWARTZ, A ⚜.

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BLUM, Paul, ✲, I ⚜.
GELMA, A ⚜.
GUNSETT, ✲, A ⚜.
HANNS, ✲, A ⚜.
HUMBERT, ✲, A ⚜.
MM. KELLER, A ⚜.
LAROUSSE.
SIMON, ✲.
VAUCHER, A ⚜.
WEISS, A.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de filiale affection et de profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MA FIANCÉE

A mon Maître et Président de Thèse:

M. le Professeur CHAVIGNY

Professeur de Médecine légale à la Faculté de Strasbourg
Commandeur de la Légion d'honneur

Qu'il veuille bien nous permettre de lui adresser tous nos remerciements du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous l'assurons de notre respectueux dévouement et de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Strasbourg

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

INTRODUCTION

En Médecine Légale s'affirme la supériorité incontestable du signe objectif sur tous les autres ordres de renseignements, particulièrement pour la reconstitution des anamnestiques.

S'il est difficile souvent de faire un diagnostic actuel, il est, en Médecine, bien autrement délicat de faire la preuve de troubles pathologiques passés et guéris.

Heureusement pour le Médecin Légiste, nombre de maladies s'accompagnent de troubles de la nutrition et si l'on sait bien chercher, on peut se rendre compte que l'organisme humain enregistre fidèlement le souvenir de ces derniers; les traces qui en restent gravées sur certains tissus peuvent être de quelque utilité dans les expertises.

Sans parler même des stigmates physiques de dégénérescence qui semblent bien être la trace de troubles de la nutrition maternelle pendant la période fœtale (PIERRET), il est de notion courante que les maladies graves de la première enfance s'inscrivent en des sillons transversaux sur les dents de la première dentition.

Des signes analogues se constatent sur les dents de remplacement et sont, pendant toute la durée de l'existence, le signe irrécusable de troubles graves subis par l'organisme pendant la deuxième enfance.

Il convient encore de signaler les stigmates que laissent sur le squelette le rachitisme et la syphilis.

Ainsi dents et os présentent de façon indélébile, définitive, des stigmates plus ou moins apparents qui restent comme le cachet irréfragable de l'existence antérieure de maladies graves, survenues au cours de leur croissance, Mais ces indices sont limités à une certaine période de la vie, car ces tissus ayant atteint leurs dimensions définitives ne se laissent alors plus impressionner.

Par contre, de façon transitoire, mais déjà de façon assez prolongée pour que l'on puisse en tirer parti, on retrouve — à tout moment de l'existence — sur certains tissus très accessoires, mais en voie de formation constante, les traces d'accidents de leur croissance. Ces altérations sont, sous certaines conditions, la preuve de troubles un peu intenses de la santé générale; elles demeurent visibles pendant les semaines ou les mois qui suivent, après quoi elles se dissipent complètement.

On trouve un exemple de ces sortes de stigmates temporaires dans la chute des cheveux qui suit quelquefois les fièvres graves: les cheveux deviennent plus fins, plus cassants et tombent; mais le plus souvent, cette alopécie est partielle et n'est d'ailleurs jamais définitive, car après la guérison, on voit les cheveux acquérir insensiblement leur longueur et leur abondance normales. MATSUURA a remarqué que les troubles de la nutrition générale se traduisaient sur les cheveux par des variations dans leur épaisseur. Cette observation pourrait, en certains cas, servir tout aussi bien de base à une recherche des signes objectifs. C'est ainsi que chez certains animaux, comme la taupe, les alternatives de bonne et

mauvaise nutrition liées aux saisons, peuvent donner aux poils un aspect moniliforme (POLICARD).

Or, de tous les organes, les ongles sont ceux qui traduisent de la façon la plus facile à constater et à interpréter les troubles de la nutrition générale et, seules, leurs altérations retiendront plus particulièrement notre attention.

Pendant les mauvaises périodes de nutrition, l'ongle souffre et son évolution est plus on moins viciée: il devient plus mince, plus friable; puis, avec le retour à la santé, la matrice ungnéale récupère ses fonctions de sécrétion et l'ongle de nouvelle formation reprend peu à peu l'épaisseur et la consistance qu'il avait avant la maladie.

Il en résulte, sur la face superficielle des ongles des doigts et des orteils, la formation de sillons ou dépressions transversales, sensiblement parallèles au bord libre de l'ongle et qui témoignent temporairement, jusqu'à leur élimination, de l'existence d'une maladie antérieure.

Des altérations analogues se rencontrent sur les formations cornées de certains animaux et nous mentionnerons le sillon circulaire qui, chez la vache, se produit à la racine des cornes après chaque parturition; ce fait est si connu que les maquignons, dans le dessein de tromper sur l'âge véritable d'une vache, ne manquent pas, par un limage soigné, de faire disparaître un ou plusieurs de ces sillons.

Sur les sabots des chevaux, après de graves maladies, il se développe aussi des anneaux transversaux, c'est un phénomène souvent observé par les vétérinaires.

Ces altérations des ongles ne sont pas un symptôme de découverte récente ou encore à l'étude, elles sont connues depuis longtemps et ont été signalées pour la première fois par REIL (1792) qui avait indiqué l'apparition, dans la convalescence de la fièvre maligne, d'une ligne blanche progressant de la lunule vers le bord libre de l'ongle.

Mais ce n'est qu'en 1846 que BEAU, dans une étude magistrale, décrivit les sillons survenant sur les ongles à la suite des maladies aiguës et qui, à juste titre, sont appelés souvent « sillons de BEAU ».

Il avait pénétré d'emblée au plus profond de la question en indiquant tout le parti que l'on peut tirer, en séméiologie générale, de l'examen de ces phanères.

Puis le silence se fait jusqu'en 1860, époque à laquelle la *Gazette des Hôpitaux* publie un résumé de l'article de BEAU qui a un certain retentissement et provoque toute une série d'observations qui ne font que confirmer les assertions de BEAU.

ANCEL (1868), VOGEL (1870) s'attachent à contrôler les conclusions de BEAU et reconnaissent à leur tour l'importance clinique des sillons qui surviennent après la typhoïde et un certain nombre d'autres maladies fébriles.

Il nous faut signaler enfin les travaux plus récents de WAGSTAFFE (1890), HELLER (1900) et les articles de FEER (1904).

Cette notion a été appliquée par le professeur PIERRET à l'étude des troubles physiques qui accompagnent divers états mentaux. Sous son inspiration, PAPILLON lui consacrait sa thèse en 1895. Depuis, le professeur

PIERRET (1902) a précisé et développé sa pensée, il a montré tout le parti que le médecin aliéniste pouvait tirer de la recherche systématique des sillons pour le diagnostic des maladies mentales et même de leur cause. Marco TRÈVES et J. LÉPINE (1907) ont fait des constatations analogues.

Ainsi l'apparition de sillons transversaux sur les ongles à la suite de certaines maladies mentales est un fait dont l'existence est suffisamment établie et semble réellement digne de retenir l'attention, par les applications médico-légales fort utiles auxquelles elle semble conduire.

Cependant, il ne paraît guère qu'en praitque courante la Médecine Légale utilise suffisamment les renseignements de tout premier ordre qu'elle en pourrait tirer, en particulier pour le diagnostic rétrospectif de troubles mentaux allégués par des inculpés.

Les auteurs classiques négligent cette précieuse source d'information. Ces troubles trophiques, interprètés d'une façon insuffisante, n'arrêtent pas l'observateur et leur importance clinique passe trop souvent inaperçue; moins évidents que des cicatrices, ils n'attirent pas comme elles l'attention, ils apparaissent discrètement, ils sont parfois même si fugaces qu'ils demandent des recherches minutieuses et systématiquement dirigées de celui qui ne veut point s'exposer à les méconnaître.

Sous l'instigation de notre Maître, M. le Professeur CHAVIGNY, qui, depuis 1906, à plusieurs reprises, a eu l'occasion de signaler le bénéfice que le Médecin expert peut retirer de la recherche des sillons ungnéaux au cours d'expertises psychiâtriques tardives, nous nous

proposons, dans un travail d'ensemble, de montrer toute la valeur qu'acquièrent les sillons unguéaux.

Quand on sait l'importance que la Médecine Légale attache à tous les phénomènes objectifs qui ont des rapports directs avec l'aliénation, le moindre indice de ce genre qui puisse servir au diagnostic ne doit pas être négligé et c'est ainsi que l'examen minutieux des ongles peut rendre de grands services pour la reconstitution objective du passé dans ces expertises psychiâtriques si délicates où la simulation peut être suspectée.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE ET CROISSANCE DE L'ONGLE

Production épidermique, l'ongle se présente sous la forme d'une plaque cornée recouvrant la face dorsale de la dernière phalange des doigts et des orteils.

Cette plaque ou « *limbe* », convexe surtout dans le sens transversal, est enchassée dans un repli cutané — *le repli sus-unguéal* — qui recouvre partiellement ses bords latéraux et son bord postérieur, alors que son extrêmité antérieure est libre et s'avance au-dessus de la *rainure sus-unguéale*.

Le *limbe unguéal* est formé de deux parties:

1° La « *racine* », cachée sous le repli sus-unguéal postérieur.

2° Le « *corps de l'ongle* », occupant tout le reste de la partie adhérente du limbe.

Sa surface est lisse, brillante, de coloration rose pâle; à la partie postérieure seulement se montre une zone blanchâtre ovalaire, la *lunule*, se prolongeant dans la racine et circonscrite en avant par une ligne courbe à concavité postérieure.

Sur une coupe antéro-postérieure, le limbe unguéal apparaît comme une lame mince à bords parallèles; le bord supérieur s'enfonce jusqu'au fond de la « *gouttière unguéale* », angle formé par le repli sus-unguéal et le lit de l'ongle (sur lequel repose le limbe) ; le bord inférieur fait avec le bord supérieur un bec tranchant qui regarde le fond de la gouttière et donne à la racine du limbe la forme d'un biseau très allongé, qui correspond précisément à la portion de l'épiderme invaginé qui sécrète l'ongle et qu'on appelle la « *matrice unguéale* ».

Le fond du large sillon cutané semi-lunaire sur lequel le limbe repose porte le nom de *lit de l'ongle;* la zone postérieure du lit qui répond à la racine et à la lunule n'est autre que la « matrice de l'ongle ».

Lit de l'ongle et parois de la gouttière unguéale sont tapissés par un reflet de l'ectoderme cutané qui conserve sa structure fondamentale : couche profonde génératrice et couche superficielle cornée; mais celle-ci a pris un développement particulier et s'est modifiée pour édifier le limbe unguéal.

Sous l'épiderme du lit se trouve aussi un derme ou chorion.

Histologie

La plaque unguéale ou limbe résulte de l'évolution des cellules de la zone génératrice ou matrice; elle est constituée par la réunion de cellules aplaties en forme d'écailles, à noyau petit et ratatiné. Leur protoplasme a subi la transformation cornée ou *kératinisation* qui consiste dans l'imprégnation des cellules ectodermi-

ques par une substance chimique spéciale — la kératine — qui leur donne une grande résistance et une élasticité accentuée.

Ce processus est assimilable à une dégénérescence des cellules des zones génératrices de la matrice unguéale, dont les cellules molles à vitalité très active se transforment en éléments durs, secs, à vitalité amoindrie ou nulle, qui restent unis entre eux solidement par un dispositif filamenteux très puissant.

Ces cellules cornées, disposées en lits superposés, ne subissent pas la desquamation superficielle comme les cellules cornées du tégument externe.

Vascularisation de l'ongle

La nutrition de la matrice unguéale est assurée par les vaisseaux du derme sous-jacent. Au niveau du lit de l'ongle — sous toute son étendue — s'étale un peu au-dessous de la face superficielle du derme un riche réseau de capillaires, dont les mailles sont disposées parallèlement à la surface même de la peau: c'est le *réseau planiforme* de Renaut. Il est alimenté par de nombreux « vaisseaux de distribution » provenant du réseau sous-cutané, vaisseaux volumineux, sinueux, fréquemment réunis par des anastomoses larges et par conséquent siège d'une circulation toujours active.

Il constitue, à lui tout seul, la circulation sous-unguéale sur les points où les papilles du derme sont peu développées ou absentes, par exemple dans la rainure unguéale et au niveau de la lunule. Sur les points, au contraire, où il existe des papilles, le réseau

planiforme envoie dans l'épaisseur de ces dernières des boucles simples et multiples, lesquelles prennent naturellement la même direction que les papilles.

Pour RENAUT (cité par ARLOING) « la riche vascularisation de cette région, les nombreuses anastomoses qu'on y remarque, les relations presque directes avec les vaisseaux distributeurs, et enfin la largeur accrue des voies du sang, doivent être notées: elles sont vraisemblablement en relation avec les fonctions actives de la matrice ».

CROISSANCE DE L'ONGLE

A partir de la naissance, l'accroissement et le renouvellement des ongles se poursuivent d'une manière incessante. Au niveau de la matrice, les cellules prolifèrent avec une grande activité; leur évolution s'opère d'arrière en avant, c'est-à-dire de l'extrémité de la racine vers le bord libre de l'ongle; les plus jeunes chassent devant elles leurs aînées, celles-ci, à mesure qu'elles vieillissent, deviennent complètement cornées et se disposent en lamelles stratifiées, imbriquées les unes sur les autres. Chaque lamelle, irrésistiblement poussée par celle qui la suit, poussant celle qui la précède, chemine peu à peu de la racine vers l'extrémité libre; c'est à cette impulsion forcée qu'est dû l'accroissement de l'ongle en longueur.

Ce processus rend bien compte de la formation des stries transversales des ongles et de leur tendance naturelle à se recourber vers la pulpe des doigts.

Vitesse de croissance des ongles

Les recherches relatives à la croissance des ongles sont peu nombreuses, très incomplètes et pour la plupart inexactes. La rareté de ces études s'explique par la difficulté qu'elles présentent, par le long temps qu'elles nécessitent, par le grand nombre de sujets dont il faut se servir. Quant à l'inexactitude des notions que nous possédons sur cette matière, elle tient à l'absence de méthode précise pour mesurer la croissance des ongles.

La croissance des ongles est extrêmement lente. Beau, cherchant une unité de mesure, estime *qu'à la main* les ongles croissent en moyenne d'un millimètre par semaine, alors qu'*au pied* le même accroissement exigerait un temps quatre fois plus considérable, c'est-à-dire un mois.

Dufour, en 1872, contrôle les chiffres de Beau et il trouve une croissance — à la main — de un millimètre pour dix jours. Ses recherches n'ont pas porté sur les ongles des pieds.

A.-M. Bloch (1905) a entrepris des études sur cette question et nous donnons les résultats de ces travaux vraiment scientifiques, par suite du grand nombre de personnes observées, d'âges variant de quelques mois à plus de 80 ans.

1° Le facteur principal, mais non exclusif, de la variété de la croissance des ongles est l'*âge* des sujets; mais tous n'ont pas la même vitesse de croissance unguéale. La *nature de l'ongle*, la *constitution du sujet* influent sur cette vitesse et il faut un grand nom-

bre de personnes d'âges différents pour établir des moyennes.

2° Les variations de la croissance sont fort étendues; on dit que les ongles poussent de 0,09 à 0,1 m/m par jour; en réalité, la croissance quotidienne s'étend suivant les individus du simple au triple, elle va de 0,04 à 0,14 m/m.

3° Le maximum de la vitesse s'observe chez les sujets de 5 à 30 ans environ: la croissance dépasse *pour le pouce*, en général 0,1 m/m par jour, elle s'élève souvent à 0,14 m/m; pour le gros orteil (7 à 30 ans), 0,04 à 0,07 par jour.

4° La croissance ne varie pas avec les saisons.

Nous pouvons donc dire qu'en général, *au pouce*, la croissance est de un millimètre par sept ou huit jours et que pour le *gros orteil*, elle est de deux à trois fois moins rapide.

CHAPITRE II

AFFECTIONS INFLUENÇANT LA CROISSANCE DE L'ONGLE

L'évolution des éléments unguéaux est commandée par la nutrition de la matrice, elle-même sous la dépendance du fonctionnement de son réseau sanguin.

Quand l'activité de la matrice est normale, la croissance et l'évolution de l'ongle se poursuivent d'une manière constante et il garde ainsi une épaisseur uniforme. Mais la matrice est infiniment sensible aux perturbations qui portent sur tout l'organisme, c'est ce qu'ARLOING exprimait si bien en disant que « les ongles sont, plus qu'on ne se l'imaginerait, le miroir où se reflète l'état de la nutrition générale ».

Toute altération de l'état général se traduit par un trouble momentané de la croissance de l'ongle et peut être marqué ultérieurement par une diminution d'épaisseur. Si le trouble a été suffisamment brusque, la plaque unguéale présentera une portion déprimée (formée par la matrice au moment où celle-ci souffrait dans son activité) située immédiatement en arrière d'une portion saillante et, avec le retour à la santé, l'épais-

seur de l'ongle redevient normale, il se produit une dénivellation inverse de la précédente, un ongle épais chasse alors devant lui un ongle aminci. Il en résulte la formation d'une dépression, d'un sillon, parallèle à la matrice qui l'a formé, sillon qui apparaît d'abord à la base de la lunule, puis qui tend à s'éliminer au fur et à mesure que l'ongle croît vers l'extrémité libre.

1° Caractères physiques des sillons unguéaux

Les sillons unguéaux sont transversaux — perpendiculaires à l'axe de l'ongle; il serait plus exact de dire qu'ils sont légèrement curvilignes, étant orientés suivant une direction sensiblement parallèle au bord libre de l'ongle.

Leur *étendue* affecte la totalité du diamètre transversal de l'ongle; cependant lorsque les sillons sont peu profonds, ils peuvent n'occuper seulement que la partie moyenne de ce diamètre, ceci parce que c'est la portion la plus épaisse de l'ongle et de là, ils s'effacent progressivement à mesure qu'ils s'éloignent de la partie médiane de l'ongle.

Leur *largeur* est fort variable: elle peut dans certains cas n'avoir qu'un demi-millimètre, alors que dans d'autres elle est de quelques millimètres et parfois même, elle occupe presque toute l'étendue de la lame cornée.

Leur *profondeur* varie également beaucoup: parfois constitués par une dépression très légère, ils peuvent parfois occuper la presque totalité de l'épaisseur de l'ongle et former ainsi une véritable entaille rédui-

sant l'ongle à une simple lamelle fragile sur une largeur de deux à trois millimètres. Il n'est pas rare alors que de légères érosions de la substance unguéale se montrent dans le fond du sillon. En général, ils sont plus marqués sur la partie médiane de l'ongle que sur ses côtés et d'autant plus profonds que l'ongle est plus gros.

Aussi faut-il, à la main, chercher ces sillons à peu près uniquement sur l'ongle du pouce, où ils sont toujours plus prononcés que sur les autres ongles. Il est même assez fréquent, chez les enfants surtout, que seul l'ongle du pouce en présente d'assez visibles, alors que sur les autres doigts, il est impossible d'en découvrir.

Quant à leurs *bords*, ils n'ont pas toujours la même disposition et nous devons rappeler ici que le bord antérieur ou *bord initial* est celui qui est le plus proche de l'extrémité libre de l'ongle, il est lié au début de la maladie alors que le bord postérieur ou *terminal* se forme avec le retour à la santé. Tantôt ces deux bords sont taillés à pic, tantôt ils se relèvent insensiblement, en pente douce. Le bord antérieur est plus fréquemment coupé à pic et parfois même un peu saillant en arrière de l'ongle sain, comme si la maladie avait tout d'abord provoqué une surproduction d'ongle avant d'enrayer la sécrétion de la matrice.

Dans les cas de changement lent, presque impossible à saisir, les bords sont peu marqués, l'ongle est seulement friable, d'une coloration terne.

2° AFFECTIONS OU SE RENCONTRENT LES SILLONS

L'expression la plus grave du trouble de la nutrition consiste dans l'arrêt complet de l'activité de la matrice unguéale et se traduit alors par la *chute totale de l'ongle;* mais c'est un fait très rare.

Dans les cas les plus légers, l'altération de l'ongle se bornerait, selon VOGEL, à un simple changement de coloration, à une *raie blanche* déjà décrite par REIL chez les convalescents de la fièvre maligne: « Ungues omnes manuum et pedum circa radices linea alba semi-lunari notantur quae superatà febre cum lunula parallela prodit, usque dum post plures menses ad apices unguium promota absciditur ».

Mais d'après les recherches de BEAU, confirmées par celles de PAPILLON et de PIERRET, cette ligne blanche est exceptionnelle.

Les sillons transversaux, par contre, sont constants et s'observent dans un grand nombre de maladies dont ils constituent un caractère séméiologique quelquefois d'une réelle importance et toujours intéressant à étudier.

a) Troubles de la Nutrition générale

La plupart des états pathologiques où il y a diminution notable ou arrêt de la nutrition interstitielle (surtout quand il s'y joint de la fièvre) peuvent laisser sur l'ongle la trace de leur existence et s'inscrire d'une manière automatique et fidèle, sur cet organe, sous forme de sillons transversaux.

a) *Maladies aiguës.* — Il faut que ces maladies aient assez d'influence sur l'activité de la matrice pour l'enrayer suffisamment. Il faut compter en première ligne toutes les maladies fébriles, de durée plus ou moins courte, mais en revanche assez intenses pour entraîner un trouble de nutrition de tout l'organisme. Leur début est le plus souvent brusque, au cours d'une santé jusque-là normale et elles donnent lieu à la formation d'un sillon profond, relativement étroit et bien délimité, surtout si la convalescence a été rapide.

Dans les maladies infectieuses, il se produit vraisemblablement, sous l'influence de toxines ou de troubles dysendocriniens (dus eux-mêmes aux toxines) une sidération passagère de la matrice unguéale; telle est du moins l'hypothèse émise par DARIER.

Parmi les maladies aiguës, après lesquelles s'observent les sillons unguéaux, il faut citer tout d'abord: la *Fièvre typhoïde* (BEAU, VOGEL, PAPILLON); le *Typhus exanthématique* (VOGEL); la *Pneumonie* (RANDON, VOGEL); puis viennent les *fièvres éruptives:* dans la *Scarlatine*, à la fin de la période de desquamation, on note un sillon près de la base de l'ongle, surtout au pouce. Il en est de même après la *Rougeole*. Pour FEER, ces altérations, qu'il signalait en 1904, comme une découverte, s'expliqueraient comme phénomènes analogues à la desquamation de l'épiderme. Or, la formation de sillons est un fait banal qui se retrouve après toute pyrexie aiguë, ce n'est qu'un cas particulier de la loi générale déjà découverte antérieurement: à savoir que les infections provoquent souvent des troubles nutritifs graves qui s'inscrivent en

sillons unguéaux. Et bien avant FEER, les sillons ont été mentionnés dans la *Rougeole* par VOGEL (1870), WAGSTAFFE, HELLER et dans la *Scarlatine* par ULMO Y TRUFFIN, WAGSTAFFE, HELLER.

On a noté également les sillons après: l'*Erysipèle*, l'*Angine aiguë* (PIERRET), le *Rhumatisme articulaire aigu* (VOGEL, FEER, PIERRET), la *Grippe* (PIERRET),

(d'après Feer)

Sillon post-scarlatineux.

l'*Epididymite* (HELLER), les *Troubles gastro-intestinaux* (BEAU, MÉNARD, SOUFFLET, PAPILLON).

Les sillons ont été signalés encore à la suite d'un *accouchement laborieux* (BEAU, MÉNARD), une *atteinte sévère de mal de mer* (WAGSTAFFE).

Ils peuvent survenir après les *chocs moraux* qui ont profondément influencé la nutrition.

Les sillons unguéaux peuvent aussi traduire autre chose qu'un état pathologique quelconque susceptible d'altérer pendant un certain temps l'équilibre général de l'organisme. L'ongle est un excellent réactif et peut

présenter des altérations trophiques à l'occasion de perturbations relativement légères de la nutrition, par exemple à la suite de *surmenage intellectuel,* d'une *cure d'entraînement,* d'*amaigrissement,* etc...

OBSERVATION

Un sujet âgé de 60 ans, de tempérament assez actif, est astreint pendant l'année scolaire à une vie relativement sédentaire, ce qui se traduit vers le mois de juillet par un léger degré d'obésité. Pour combattre ces troubles de la nutrition générale, les vacances sont employées à des travaux de jardinage qui, en 1929, par suite de la sécheresse prolongée ont été particulièrement fatigants.

Après la fin des vacances, il est constaté sur les ongles des deux pouces des sillons transversaux parfaitement nets sans être spécialement profonds et dont la largeur atteint près d'un centimètre.

Le même sujet se souvient d'avoir présenté également, il y a quelques années, des sillons unguéaux à l'occasion d'un déménagement qui avait été particulièrement pénible et auquel il avait dû prendre une part très active.

b) *Maladies chroniques.* — PIERRET a montré que l'absence de sillons unguéaux chez des sujets dont l'état général est précaire depuis longtemps n'enlève rien de leur valeur à ces signes. Des personnes notoirement atteintes de maladies graves, les tuberculeux, par exemple, portent sur des doigts aux extrémités hippocratiques des ongles brillants et sans le moindre sillon. La contradiction n'est qu'apparente: ces maladies chroniques — *tuberculose, cancer* — se développent le plus souvent lentement, insidieusement, ce n'est parfois qu'après des années qu'elles aboutissent à la mort par

cachexie. Or, il est de remarque courante que lorsqu'une affection est légère, il est nécessaire qu'elle débute brusquement pour que le sillon soit suffisamment apparent, car autrement le passage de l'état de santé à celui de maladie légère se faisant très graduellement, il en résulte une dépression à bord si insensible qu'elle n'existe pas à proprement parler.

D'ailleurs, les maladies chroniques, même celles dont les oscillations passent tout à fait inaperçues des sujets instruits et qui s'observent, se traduisent parfois par une série de petits vallonnements à peine indiqués: les tuberculeux atteints d'une forme torpide, les syphilitiques, les rhumatisants chroniques sont soumis à de telles oscillations.

Si l'on suit attentivement ces malades, on reconnaît bientôt que des sillons peuvent apparaître, si quelque complication grave vient troubler la marche régulièrement progressive de la maladie (ALLIOT rapporte l'observation de sillons chez un phtisique à la suite d'une poussée aiguë). Chez ces sujets, les ongles sont atteints, leur forme en est la preuve; ils sont cassants, minces et peuvent être parfaitement lisses, si le mal laisse au malade un répit suffisant pour qu'un ongle des doigts puisse se renouveler entièrement entre deux à-coups. C'est alors heureusement qu'on trouve parfois aux ongles des gros orteils qui poussent trois à quatre fois moins vite, des sillons révélateurs.

Il se peut, d'ailleurs, qu'au lieu d'un sillon, on observe une sorte de saillie formant marche d'escalier dans le sens du bord libre. Cette disposition particulière tient à la durée du trouble maladif qui, se

perpétuant pendant un temps précisément égal ou même supérieur à la durée d'évolution de l'ongle complet affaisse la racine. La saillie n'est autre que le bord initial ou antérieur d'un sillon dont le bord terminal ou postérieur tarde à apparaître par suite de la persistance du trouble de la nutrition. Cette saillie, partie normale de l'ongle, poussée peu à peu par l'ongle aminci, finit par disparaître. Dès lors, si la maladie continue sans secousses, l'ongle apparaît lisse et, quoique véritablement altéré, pourrait passer pour tout à fait sain. L'hypotrophie de l'ongle est plus ancienne que la surface unguéale offerte à l'examen et comme l'exprime si bien LÉPINE, « tout est dans le sillon », c'est-à-dire que l'ongle forme le fond d'un sillon, dont les deux bords, l'un — antérieur — a disparu, l'autre, postérieur, n'est pas pas encore formé.

Mais que, au cours d'une maladie chronique, une circonstance favorable survienne, qu'une intervention chirurgicale, par exemple, débarrasse un tuberculeux d'un foyer permanent d'infection et aussitôt on verra apparaître à la base de l'ongle, à la lunule, un épaississement qui marquera le retour à la santé, ce sera, en effet, le bord terminal du sillon.

b) **Troubles de la Nutrition locale**

En dehors des altérations unguéales qui reconnaissent pour cause une trouble de la nutrition générale, les sillons des ongles peuvent se produire aussi par le fait d'un trouble de nutrition localisé dans une partie

limitée du corps, comme cela se produit à la suite d'une *fracture des os d'un membre*, par exemple.

GUENTHER (cité par ANCEL) a remarqué qu'à la suite d'une fracture comminutive d'une jambe, chez un jeune homme, les ongles du pied cessaient de croître, puis, après quelques semaines, leur croissance reprenait, et alors le blessé avait le sentiment de la solidité de son membre; la consolidation était, en effet, complète. Pour GUENTHER, l'arrêt de croissance des ongles est un symptôme constant dans les fractures des membres et sa reprise est un signe certain de la réunion définitive des fragments osseux et de leur consolidation.

BROCA a constaté plusieurs fois la réalité de ce fait.

Des lésions manifestement trophiques sont celles qui suivent des *lésions traumatiques* des nerfs périphériques ou surviennent après des *névrites;* elles sont rares; les ongles poussent plus lentement que ceux dont l'innervation est normale. ARNOZAN, dans une plaie du médian et du cubital à gauche, vit des sillons transversaux sur les ongles de la main gauche.

Dans l'*Hémiplégie,* on constate souvent la présence de sillons sur les ongles du côté paralysé, alors que du côté sain il ne s'en trouve pas de traces. L'existence de sillons paraît s'allier à un certain ralentissement dans la croissance de l'ongle. Pour des causes minimes, les ongles du côté paralysé se couvrent de sillons très accusés, alors que du côté sain, ils sont à peine visibles ou même nuls. En pareille occasion, les ongles du côté malade deviennent des réactifs d'une sensibilité presque gênante, non que leurs indications soient fausses, elles

ne le sont jamais, mais parce qu'ils nous révèlent des crises maladives dont il est souvent impossible de trouver la raison d'être, au moins dans l'état actuel de la science.

c) Maladies mentales

Pour PIERRET, les psychoses sont très fréquemment, toujours peut-être, la traduction cérébrale d'un trouble pathologique intéressant l'organisme dans son ensemble, mais se manifestant plus crûment dans la sphère cérébrale des sujets prédisposés par une faiblesse acquise ou héréditaire des neurones.

Il est, en effet, de remarque courante que les crises mentales graves ne se produisent presque jamais sans troubles de la nutrition générale et il est alors tout naturel qu'elles donnent lieu à la formation de sillons unguéaux.

J. LÉPINE s'est demandé si les grandes secousses morales qui se trouvent au début ou dans le cours des maladies mentales ne se traduisent pas nécessairement sur les ongles. Il a observé à cet égard un certain nombre de malades et il a acquis la conviction que seuls les états psychiques qui influent sur la nutrition générale de l'organisme s'accompagnent de modifications du côté des ongles. Ces modifications sont sous la dépendance directe des troubles de la nutrition générale et évoluent proportionnellement à eux. Si l'on étudie comparativement la croissance de l'ongle du pouce et la courbe du poids du sujet pendant un certain temps, on est frappé de voir les rapports étroits qu'elles présentent:

chaque perte de poids s'inscrit, avec une netteté et une durée variable avec son intensité même; inversement, chaque période de relèvement, pendant laquelle le poids augmente, s'accompagne d'une saillie relative de la surface de l'ongle.

Quant à savoir si chez les malades mentaux, les signes tirés de l'état des ongles dérivent d'une trophémie déviée par le fait de l'état mental, ou si les troubles trophiques sont tout et tiennent sous leur dépendance les phénomènes nerveux, PIERRET avoue s'en soucier fort peu.

Remarquons que l'importance de la constatation des troubles nutritifs est la même, que l'on adopte l'une ou l'autre des deux dernières opinions. Croire à une coexistence due au hasard, c'est tenir bien peu compte des données de la pathologie générale. Le fait clinique est indéniable, les phénomènes nerveux ou trophiques sont inséparables et se précèdent ou se suivent, se commandent l'un l'autre et paraissent liés d'une manière tellement intense, que dans le plus grand nombre de cas, ils naissent et disparaissent en même temps. Quelle que soit donc l'explication adoptée, il faut tenir la présence des sillons unguéaux pour un symptôme objectif de ces troubles mentaux.

PIERRET interprète ainsi l'apparition de sillons sur les ongles des aliénés et des nerveux: Dès lors qu'un trouble organique un peu grave s'inscrit en quelque sorte automatiquement sur les ongles des malades, on est en possession d'un moyen sûr de distinguer à première vue ceux chez lesquels le trouble de nutrition a été contemporain du désordre nerveux ou l'a précédé,

c'est une notion de tout premier ordre, car elle permet de classer immédiatement les malades en deux catégories: ceux qui ont des sillons, ce sont des malades délirants, et ceux qui n'en ont pas doivent, sauf exception, être regardés comme des vésaniques. Il est, en effet, certain que nombre d'aliénés, les délirants systématiques et les déments par exemple, ne présentent sur les ongles que les sillons accidentels qui, pour eux comme pour tout autre malade, indiquent une maladie passagère, intercurrente, grippe, angine, de nature quelconque, mais sans rapport avec l'état mental.

Il faut donc bien se garder de conclure à un rapport de cause à effet entre l'état organique, cause de sillons accidentels chez un aliéné, et le trouble mental, s'il n'existe entre le début de la psychose et l'apparition du sillon une relation chronologique suffisante.

C'est dire que l'étude des sillons a son maximum d'importance dans les psychoses et névroses récentes de pathogénie incertaine. Ce sont, d'ailleurs, les plus curables.

Les maladies mentales qui influent sur la nutrition générale de l'organisme peuvent entraîner la formation de sillons unguéaux nettement caractérisés. Ce sont presque toutes des états mentaux dépressifs et les troubles organiques qui font de ces affections des psychoses généralisées rendent l'interprétation des sillons facile. L'apparition de sillons est logique, puisque les troubles digestifs, les refus d'aliments, les conceptions délirantes mélancoliques, provoquent un amaigrisse-

ment, un affaiblissement rapide, tout comme une maladie générale grave.

Dans la *Confusion mentale aiguë*, l'aspect général des malades ressemble dans une certaine mesure à celui des mélancoliques : c'est la même torpeur, la même inertie dans l'état calme, la même agitation factice dans l'état de délire et d'excitation. Il y a de l'amaigrissement, de la dénutrition marquée.

Dans la *Mélancolie avec stupeur* et dans la *Mélancolie subaiguë* (dépression mélancolique), les malades sont immobiles, inertes, ils présentent des troubles du sommeil, de l'inappétence, de la constipation; le pouls est ralenti, les extrémités froides et cyanosées, la respiration également ralentie.

Dans la *Manie aiguë*, il y a de l'inappétence, de l'agitation perpétuelle avec insomnie; il se fait une grande dépense de force d'où, dans la plupart des cas, un amaigrissement rapide.

Un grand nombre d'*Epileptiques* offrent des sillons multiples des ongles, qui semblent être autant d'encoches correspondant chacune à une crise antérieure. Les sillons sont fréquents surtout chez les épileptiques sujets à des accès subintrants et restant en état de mal plusieurs jours consécutifs; après la crise, il est commun de constater une myasthénie spéciale, un épuisement musculaire très accentué.

Dans la période prodromique de la *Démence précoce* où se rencontrent les formes dépressives, avec anorexie, insomnie, température abaissée, amaigrissement rapide, l'apparition de sillons se conçoit aisément.

Mais là où l'apparition des sillons paraît suffisam-

ment fréquente pour constituer une règle quasi-constante, c'est dans les *Psychoses périodiques*. Chez les malades, les changements périodiques qui se produisent dans l'état général et psychique se trouvent presque toujours contresignés sur les ongles sous forme de sillons, de sorte que, par le seul examen des ongles, on peut, dans la plupart des cas, se rendre compte avec une certaine approximation de la fréquence et de la durée des différentes périodes.

Quand les périodes se suivent, rapprochées, durent peu et alternent régulièrement, l'ongle prend un aspect caractéristique qui le fait ressembler, par l'abondance et la régularité des stries, disposées d'une façon concentrique, aux valves rayées de certains coquillages.

De même, au cours de la *Neurasthénie*, qui est l'expression d'un trouble grave de la nutrition en général et du système nerveux en particulier, il est constaté des troubles digestifs, de l'inappétence, de l'agitation avec insomnie, des conceptions tristes, qui amènent un amaigrissement notable. Il est donc naturel de voir, après chaque accès neurasthénique important ,les troubles trophiques se graver sur les ongles en sillons, dont le nombre et le caractère servent à faire le diagnostic rétrospectif des accès antérieurs.

3° Indices que peuvent fournir les sillons

Beau a tiré de la présence et des caractères des sillons un certain nombre de déductions cliniques, déductions relatives à l'existence d'une maladie passée — à sa durée et son intensité — à l'époque de son apparition, à son

mode d'invasion et de terminaison et à toutes ses circonstances principales.

Nous les reprendrons en y apportant les corrections que les observations postérieures rendraient nécessaires.

a) *Un sillon unique et suffisamment marqué est la conséquence d'une maladie antérieure:*

C'est une affirmation que nous pouvons émettre sans crainte. Les ongles d'une personne bien portante doivent être brillants et polis s'ils sont soignés; ils peuvent bien être atteints d'albugo, montrer une fine striation longitudinale, mais ils ne doivent pas présenter de sillons transversaux. A l'encontre de BEAU qui, de l'existence d'un sillon, conclurait immédiatement à une affection grave, il ne faut pas oublier que chez des individus à prédisposition spéciale, il suffit souvent d'une cause minime pour provoquer l'apparition d'un léger sillon et que chez eux le moindre incident dans la santé habituelle laisse son empreinte sur la sécrétion unguéale.

b) *La largeur du sillon est fonction de la durée de la maladie.*

Au pouce, l'ongle croissant d'environ 1 mm. par semaine, un sillon de 1 mm. de largeur indiquerait une maladie ayant duré une semaine. Les ongles des orteils croissent infiniment moins vite que ceux des doigts, quatre fois moins si l'on accepte les chiffres de BEAU que nous croyons toutefois exagérés. Il résulterait de cette observation que, pour une même maladie d'une durée déterminée, le sillon des orteils serait quatre fois moins large que celui des doigts, c'est-à-dire à peu près invisible si la maladie a été de courte durée. Toute sé-

duisante que paraisse cette manière de voir, elle n'en est pas moins inexacte, car elle suppose que pendant la formation du sillon, la croissance de l'ongle n'est pas ralentie. Or la vitesse de croissance des ongles à l'état normal n'a rien à voir avec celle des mêmes productions chez les malades. Pendant une affection d'une certaine gravité, la vitesse de croissance des phanères est certainement très diminuée. En outre, il est certain que les dimensions des sillons sont en rapport avec la surface même de l'ongle, en sorte qu'en dépit des idées de BEAU, les sillons des ongles des orteils sont, en général, très apparents.

c) *L'intensité de la maladie est en rapport avec la profondeur du sillon.*

Il est admis que les sillons des ongles sont d'autant plus marqués que l'affection qui les a déterminés était plus grave. Pourtant des états morbides, relativement bénins en apparence, s'inscrivent parfois sur les ongles en sillons profonds et abrupts. En d'autres cas, c'est le contraire qui s'observe: chez certains sujets très robustes, des états psycho-organiques, cependant assez graves, ne laissent sur les ongles que des traces à peine sensibles et qui sont en absolue disproportion avec les phénomènes nerveux observés. Ce fait tiendrait à la grande susceptibilité des neurones chez des sujets d'ailleurs très résistants au point de vue corporel. Cette disproportion entre un corps très robuste et un cerveau très susceptible se voit fréquemment chez les prédisposés héréditaires avérés.

Il y a donc au point de vue de la nutrition de l'on-

gle, des différences individuelles souvent très accentuées, une sorte d'idiosyncrasie, dont il faut savoir tenir compte et qui ne permettent pas de conclure d'un sujet à un autre. Toutefois, dans la généralité des cas, on peut tenir pour certain qu'un sillon bien marqué est l'indice d'une perturbation grave dans les fonctions organiques.

d) *De la distance qui sépare le sillon de la base de l'ongle, on peut déduire l'époque de l'existence de la maladie.*

Pour cela, BEAU a formulé une loi de croissance des ongles qui rendrait le calcul facile: les ongles des mains croîtraient de 1 m/m. par semaine, ceux des pieds de 1 m/m. par mois. BEAU soutenait que la loi d'accroissement est la même pour l'état de santé et de maladie: le trouble sécrétoire, tout en entraînant une diminution très nette de l'épaisseur de l'ongle, ne retardait en rien le cours de son évolution.

Cette loi a été battue en brêche par nombre d'observateurs parmi lesquels PAPILLON, PIERRET et de leurs expériences concluantes nous pouvons déduire l'existence d'une *vitesse de croissance pathologique.* Parmi tous les facteurs influençant la croissance de l'ongle, il fant faire une très large part à l'état de la santé. Chez la plupart des malades se constate un ralentissement très net de la croissance de l'ongle, conséquence des troubles organiques et qui coïncide, du reste, avec la formation des sillons. Il est d'ailleurs facile de s'en assurer en marquant d'un trait la base de l'ongle d'un individu dans le cours d'une maladie grave, on pourra

constater alors un arrêt sinon complet, du moins très appréciable de sa sécrétion.

e) *De la déclivité plus ou moins grande des pentes du sillon on peut conclure à l'invasion et à la terminaison plus ou moins brusque de la maladie.*

Un sillon à bords nettement découpés et comme taillés à pic révèle l'existence antérieure d'une maladie qui a débuté brusquement et s'est terminée de même. Par contre, un sillon aux bords plus effacés, graduellement déclives, témoigne d'un état morbide s'installant et disparaissant lentement. Si la maladie a traîné, la pente postérieure du sillon est plus douce et plus ou moins interrompue par des ressauts qui se voient bien à jour frisant. Dans toutes les questions que l'on pourra se faire à ce sujet, on n'oubliera pas que le bord antérieur du sillon se lie au début de la maladie et le bord postérieur au retour à la santé.

f) *Des sillons multiples indiquent qu'il y a eu plusieurs maladies séparées par des intervalles de santé normale.*

Ces sillons peuvent répondre à des affections morbides de la même espèce ou de nature différente. Mais les sillons multiples sont bien plus souvent l'expression d'un état chronique avec alternatives d'amélioration et d'aggravation difficilement perçues, mais se traduisant fidèlement sur la face libre de l'ongle.

Valeur diagnostique

Ainsi par tous les indices qu'ils peuvent fournir, les sillons des ongles permettent un diagnostic rétrospec-

tif. Pour peu qu'il soit prévenu, le clinicien peut tirer de l'étude méthodique des ongles des doigts et des orteils des renseignements précieux sur les antécédents pathologiques d'un malade; il est facilement renseigné sur le nombre, la gravité et la durée des malaises dont le sujet examiné fut atteint.

Si, chez les sujets sains d'esprits et lorsqu'ils succèdent à une maladie grave, ils ne donnent souvent que des renseignements inutiles, puisqu'ils ne font que signaler trop tard un état maladif dont les malades ont eu conscience et qu'ils dénoncent facilement, il en est tout autrement quand, plus faibles, mais aussi plus fréquents, ils indiquent au médecin qu'il se trouve en présence d'un sujet soumis à des attaques sourdes, mais répétées, d'un mal qu'il faut absolument découvrir. PAPILLON a pu diagnostiquer des maladies comme la Syphilis et la Tuberculose sans que les malades aient eu le moindre soupçon de leur maladie.

PAPILLON cite un cas d'un grand intérêt en ce que chez le malade — mélancolique anxieux — les sillons se sont montrés bien avant l'apparition de tout symptôme psychique comme de tout symptôme physique grave, témoignant déjà d'un trouble général vague, assez peu intense et peu localisé pour n'altérer presque en rien le fonctionnement de l'organisme et qui pourtant se traduisait du côté des ongles par une modification dans leur sécrétion.

En outre, chez les aliénés inconscients de leur état, les sillons unguéaux affirment par leur profondeur, leurs dimensions axiales, l'intensité et la durée d'un trouble de la nutrition qui, dans nombre de cas, est an-

térieur à la manifestation délirante, et la tient absolument sous sa dépendance.

Valeur pronostique

La façon dont l'ongle repousse derrière un sillon, permet d'établir des pronostics très curieusement vérifiés. Aux approches de la guérison, les ongles se mettent à croître, avec une coloration rosée, un aspect luisant tout particulier et semblent pousser devant eux, un ongle terne, affaissé, souvent craquelé. C'est ainsi que, derrière le sillon d'une fièvre typhoïde franchement guérie, l'ongle repousse beaucoup plus haut que le sillon, c'est une sorte de promontoire qui chasse devant lui un ongle un peu aplati et souvent de coloration jaunâtre. Ici, ce pronostic est excellent.

Mais, que derrière un sillon marqué apparaisse un ongle un peu plus saillant à la vérité, mais de coloration peu différente de celle de la région antérieure, la réaction de l'organisme est insuffisante et les rechutes probables, et cela d'autant plus que le point d'implantation de l'ongle sur la matrice reste enfoncé. C'est la dépression radiculaire.

Dans les maladies mentales, la succession ininterrompue des sillons prouve qu'il n'y a pas d'amélioration effective. Quant à leur disparition, selon PAPILLON, elle a lieu d'une part quand la guérison s'effectue et que l'état mental s'améliore, en même temps que les symptômes organiques s'amendent, d'autre part quand la démence apparaît.

CHAPITRE III

APPLICATIONS MÉDICO-LÉGALES

A) Preuves fournies par la recherche des sillons

En Médecine Légale, le médecin expert pourra utiliser la recherche des sillons unguéaux dans un grand nombre de circonstances où leur constatation — aisée — lui fournira des renseignements intéressants; ils lui seront surtout très précieux pour établir le diagnostic d'aliénation mentale dans les expertises psychiâtriques rétrospectives toujours si délicates.

Tout d'abord nous signalerons deux circonstances où la recherche des sillons unguéaux pourra venir en aide au médecin légiste, ce sont les cas où il s'agit d'identifier un cadavre ou de prouver que des enfants ont été victimes de privation de nourriture.

1° *Identification d'un cadavre*

Pour reconstituer l'identité d'un cadavre, par exemple, lorsque le visage a été carbonisé ou rendu méconnaissable par la putréfaction, les renseignements les plus utiles peuvent être tirés de l'examen des ongles. La constatation de sillons unguéaux accentués est à

mettre sur le même plan que les déformations et colorations professionnelles; on les rencontrera plus fréquemment que les déformations réunies sous le nom de déformations pathologiques (ongles hippocratiques) : les sillons peuvent, en effet, être un indice d'une affection grave et récente dont l'entourage du défunt pourra témoigner.

2° *Sévices sur les enfants* (*Privation de nourriture*)

Il n'est pas exceptionnel que le médecin-expert soit commis pour examiner des enfants, lorsque la rumeur publique a attiré l'attention du Parquet sur les mauvais traitements dont ces enfants sont ou seraient les victimes. L'expertise n'offre guère de difficultés lorsqu'il s'agit de retrouver des traces de coups. Mais autrement délicate est l'expertise qui a trait à la privation de nourriture. Quand l'état de maigreur est le seul trouble constaté et que l'enfant ne porte par ailleurs aucune trace quelconque de violence, sur quelles données l'expert se basera-t-il pour affirmer ou nier que la maigreur constatée chez le sujet soit imputable à la privation d'aliments?

S'il existe des sillons unguéaux très nets, dont le bord postérieur ou final, lié au retour à une nutrition normale, correspond exactement comme date de formation à l'époque où les parents de l'enfant ont eu vent de l'enquête menée sur leurs agissements et ont recommencé à alimenter l'enfant, ou à l'époque où l'enfant a été confié à d'autres personnes, on pourra conclure avec une certitude assez grande à la réalité des sévices dénoncés.

Mais il faut se rappeler combien sont multiples chez les enfants les causes de dénutrition et combien parfois le diagnostic causal est délicat à établir; car en dehors des états d'amaigrissement d'origine organique, il existe aussi des cas d'anorexie mentale, dans lesquels le changement de milieu a souvent une influence favorable.

3° Expertises psychiâtriques rétrospectives

Le diagnostic des affections mentales est toujours difficile lorsque la *simulation peut être suspectée* en raison de la situation du sujet examiné, et c'est presque toujours le cas en médecine légale. Les médecins experts sont souvent incertains quand ils ont à déterminer la réalité des troubles mentaux que présentent des inculpés. Cela tient à ce que leurs symptômes principaux sont pour la plupart des symptômes subjectifs et l'expert est donc forcé de laisser dans le diagnostic une bien large part aux dires du malade; de là, une méfiance très justifiée contre la tendance que peut et que doit avoir le malade à profiter de sa situation dans le sens qui peut être le plus favorable à ses intérêts. Le soupçon de simulation impose une orientation spéciale, c'est tout naturel; l'observateur, sans négliger toutefois les symptômes subjectifs qui ont aussi leur valeur, aura tendance à noter plus spécialement les symptômes objectifs.

L'expertise psychiâtrique est toujours rétrospective, puisque l'expert doit répondre à la question posée par l'article 64 du Code Pénal: « L'inculpé était-il en état de démence au moment où il a accompli l'acte qui

lui est reproché? » Mais les cas diffèrent suivant qu'il s'agit de troubles mentaux continus ou discontinus. Dans les *formes continues*, l'examen direct du malade permet de porter assez aisément un diagnostic, il ne reste plus qu'à examiner si les faits dont le sujet est inculpé ont été commis sous l'influence directe de ce trouble mental.

Pour les *formes discontinues*, au cours des psychoses dites périodiques, la tâche de l'expert est encore beaucoup plus ardue. les difficultés sont, très certainement, bien plus grandes en raison du temps qui s'écoule avant que l'inculpé ne soit remis aux mains des aliénistes; les délais habituels de l'instruction d'une plainte en Conseil de Guerre amènent très tardivement les malades devant l'expert; l'accès peut être terminé depuis longtemps et l'expert est alors commis pour examiner un inculpé dont l'état mental, entre temps, est redevenu normal au moment de l'examen, mais qui semble avoir été atteint de troubles psychiques lorsqu'il commettait les délits qui lui sont imputés. Les conditions d'examen sont donc mauvaises. Alors, sur quels éléments se baser?

Faut-il attendre un nouvel accès? mais, soit chez des épileptiques, soit chez des malades atteints de psychose intermittente, les accès peuvent être fort distants et on risquerait de ne voir survenir un nouvel accès qu'après quelques mois ou même quelques années.

Le médecin expert appelé à statuer dans des cas de ce genre, n'a guère alors pour se guider, outre les récits faits par divers témoins et constituant les pièces du dossier, que les dires de l'accusé lui-même. Les déposi-

tions des témoins et leur avis sont fort suspects en raison des notions étranges répandues dans le public au sujet de l'aliénation mentale, ces renseignements sont souvent de peu de valeur, les témoins étant d'ordinaire des observateurs au moins médiocres et leurs dépositions, parfois contradictoires. Plus suspectes encore sont les allégations de l'accusé, et l'expert ne pourra que faire ressortir des contradictions qui rendent peu admissible le diagnostic d'aliénation pour le cas où elle était allégué.

Dans certains cas cependant de telles données sont les seuls éléments dont on dispose pour établir le diagnostic médico-légal des troubles mentaux. Or, il faut éliminer la simulation et prouver la réalité du diagnostic rétrospectif porté.

L'enquête sur les antécédents héréditaires et personnels indique des probabilités, non des certitudes, même dans le cas relativement facile d'un internement antérieur.

La tâche de l'expert serait bien simplifiée s'il pouvait baser son diagnostic rétrospectif sur la présence ou l'absence de signes objectifs, témoignant des troubles mentaux passés. On se contente trop volontiers d'une analyse psychologique, en admettant presque *à priori* que l'aliénation mentale ne se traduit pas par des symptômes objectifs. Cependant celle-ci s'accompagne souvent de signes objectifs dont on ne tient pas compte, croyons-nous, autant qu'ils le mériteraient. Les crises mentales graves ne se produisent presque jamais sans troubles de la nutrition générale: dans la manie aiguë,

ne relève-t-on pas, dans la plupart des cas, un amaigrissement rapide?

Se trouvant placé dans ces conditions particulièrement difficiles, où il s'agit de poser un diagnostic rétrospectif, l'expert pourra, dans certains cas, répondre d'une façon très précise aux questions qui lui sont posées. Il aura recours pour cela à cette notion de pathologie générale, à la fois exacte et trop peu connue, l'existence concomitante de troubles mentaux et de troubles de la nutrition, les uns servant de preuve de la réalité des autres et il nous paraît que la constatation sur les ongles de sillons transversaux, indices des troubles nutritifs qui les ont produits et dont la formation remonte à la période du délit, a une réelle valeur, moins pour orienter le diagnostic sur une forme particulière d'aliénation que pour affirmer la réalité d'une période transitoire de troubles mentaux.

Dans certains cas, l'acte délictueux lui-même et les circonstances qui l'accompagnent portent le cachet manifeste de l'aliénation de l'individu qui l'a accompli. Ainsi des tentatives d'homicides sont exécutées par des aliénés dans un état d'agitation délirante et de fureur maniaque qui ne peut laisser aucun doute sur la situation d'esprit du sujet.

Mais il est des cas au contraire où rien ne trahit au premier abord la nature morbide de l'acte incriminé et c'est pour ce motif que l'appréciation médico-légale de certains faits est souvent si difficile à établir.

Les troubles mentaux peuvent débuter par une

période de simples troubles du caractère; les formes frustes sont, en effet, très fréquentes et peuvent cependant déjà entraîner des réactions médico-légales graves, selon le milieu où le malade vit.

Et nous devons signaler ici la *précocité des réactions psychopathiques dans le milieu militaire.*

En médecine mentale, les réactions sont les actes anormaux que les aliénés commettent dans la société sous l'influence des troubles mentaux dont ils sont atteints. Ce terme de réaction n'a donc qu'un sens médico-légal. Les réactions sont à la fois fonction du degré d'intensité des troubles mentaux et du nombre des obligations sociales.

Dans l'Armée, où « la soumission est de tous les instants », les qualités d'application, de bonne volonté, de courage sont exigées avec une constance qui ne laisse place à aucun écart, à aucune irrégularité; les exigences de la discipline sont infiniment plus astreignantes que les devoirs généraux des individus dans la société civile; des multiples obligations plus exactes, il résulte forcément que les aliénés traduisent dans l'armée, d'une façon plus précoce, leur état de trouble mental; d'où le conflit bientôt inévitable entre la loi permanente, inflexible, et la volonté morbide, défaillante et inégale du malade.

En milieu militaire, les troubles de l'humeur et du comportement — aux périodes peu avancées de la maladie — ont pour les malades des conséquences beaucoup plus sérieuses si leur état morbide n'a pas été

dépisté à temps; les symptômes sont peu évidents, peu démonstratifs, faciles à confondre avec des troubles de caractère ou avec la simulation. Les chefs hiérarchiques peuvent être tentés de recourir à des mesures disciplinaires lorsque déjà une intervention médicale serait nécessaire, et ne font qu'aggraver le cas.

L'influence spéciale du milieu militaire se démontre de façon évidente par des réactions précoces spéciales (la fugue d'un rentier est qualifiée « voyage d'agrément » d'un original; la fugue pathologique d'un militaire devient justiciable d'un Conseil de Guerre).

Les réactions peuvent être précoces par rapport à l'évolution de la maladie, c'est le sens naturel du terme; mais elles peuvent aussi être précoces, eu égard au degré de gravité de la maladie, en ce sens que, pour une affection toujours égale dans ses manifestations, une « réaction » peut survenir pendant le service militaire, tandis qu'en d'autres conditions de vie, les mêmes accidents ne produiraient que des inconvénients médiocres, presque nuls.

La Psychose intermittente, dans ses manifestations peu accentuées, est la cause de réactions qui, au début se confondent pour la *forme maniaque* avec des actes d'indiscipline, d'esprit de révolte, tandis que la réaction-type dans la *forme mélancolique*, est le refus d'obéissance.

Les types frustes d'affections mentales donnent naissance aussi à des réactions précoces. Les psychasthéniques, qui sont, si l'on veut, des demi-malades, à peine des malades même, ont des réactions en milieu militaire.

Fugues ou désertions

Duponchel a attiré l'attention sur l'importance médico-légale des « impulsions morbides à la déambulation chez les militaires ». On pourrait presque dire que tout, en criminalité militaire, aboutit à la fugue. La désertion, notamment, est souvent une fugue pathologique. Les fugues militaires peuvent relever d'états psychopathiques très différents mais, avec les désertions provoquées par la *Démence Précoce* (dans sa phase prodromique), les plus fréquentes sont celles que l'on rencontre au cours de la *Mélancolie*. Un point qui paraît devoir être mis d'abord en évidence, c'est que les fugues sont surtout rencontrées, non dans les états francs de mélancolie, mais au contraire, dans les petits états frustes.

Dans les grands accès de mélancolie, le cortège des manifestations pathologiques est tel qu'ils sont vite reconnus, avec toutes leurs conséquences possibles, par l'entourage le moins averti: le malade est gardé, surveillé. Aussi, chez ces malades, la fugue se produit-elle exceptionnellement.

Dans les petites formes mélancoliques au contraire, la fugue est une réaction fréquente, avec tendance à la récidive toujours à l'occasion d'une nouvelle crise plus ou moins fruste de mélancolie.

Le malade est entré sans savoir pourquoi, dans une phase de dépression avec tristesse, découragement, ennui, malaise moral, anxiété, dégoût à l'égard du milieu (cf. observ. VI), sous l'influence de cet état, survient un besoin de s'isoler, de fuir le milieu, de s'en

aller ailleurs, besoin qui prend un caractère impulsif et irrésistible et le malade finit par y céder. Sa migration sans but, au hasard, ne s'achève qu'avec la fin de son état dépressif.

Certains sujets ont déjà traversé des épisodes de dépression mélancolique sans fugues vraies. Mais on trouve chez eux des réactions qui représentent des *équivalents de fugues:* c'est ainsi que dans la vie civile, les absences, les changements d'atelier ou d'usine, l'abandon d'une place avantageuse sans motifs plausibles, les migrations de ville en ville, ne constituent pas des délits et ne révèlent pas leur caractère pathologique au médecin. Celui-ci n'est, en effet, appelé à en connaître ni comme médecin expert, ni comme médecin traitant. Ces réactions d'instabilité ont le caractère essentiel des fugues: la concomitance et la dépendance avec des états mélancoliques plus ou moins légers et l'allure récidivante avec le retour de ces accès.

Au cours du service militaire, par contre, la moindre absence, le moindre déplacement ne peut se faire sans constituer une faute ou un délit, d'où la constatation nécessaire de tous ces cas.

La plupart du temps, dans la pratique de la médecine légale militaire, le sujet, qui a accompli une « *désertion-fugue* » n'est mis en observation qu'un certain temps après sa fugue. A ce moment, presque toujours, il est sorti de l'état mélancolique. Les symptômes qui caractérisaient l'état dépressif ne peuvent donc plus être constatés. D'autre part, le malade ne révèle pas spontanément leur existence antérieure, soit qu'il n'en ait pas conservé une conscience nette, soit, plus fré-

quemment, qu'il n'en ait pas compris le caractère maladif.

L'on conçoit alors tout le parti que l'expert peut tirer dans ces cas de l'examen des ongles qui ont conservé d'une façon indélébile la trace des troubles nutritifs profonds qui ont accompagné l'état mélancolique, cause de la fugue.

Injures, voies de fait

Ces délits peuvent se produire tout au début de la maladie mentale et leur nature morbide est alors trop souvent méconnue, entraînant des conséquences graves pour leur auteur, qu'ils peuvent conduire en prison ou même devant le Conseil de Guerre, si l'attention du médecin n'est pas attirée sur son cas.

Leur fréquence est grande chez les *Epileptiques* (forme larvée) où la cause la plus futile est de nature à susciter une colère disproportionnée, accompagnée d'injures grossières.

On les rencontre aussi dans la *phase maniaque* des psychoses périodiques.

Dans tous ces cas, la constatation de sillons unguéaux très nets viendra confirmer la réalité des troubles mentaux.

Suicide et suicide manqué

Le suicide, certes, est une réaction grave. Cependant son importance médico-légale est beaucoup moindre que celle des autres réactions sociales.

Sans avoir besoin de faire ici une revue complète du

suicide dans l'aliénation mentale, il est au moins nécessaire de rappeler que le suicide par impulsion consciente se rencontre dans la *Mélancolie* où il est souvent le résultat d'une idée délirante; parfois soudain, imprévu, le suicide est dû à un « raptus anxieux ».

En médecine mentale, la tentative de suicide est équivalente de l'acte; au moins, toutes les fois qu'elle est sincère, elle a la même valeur symptomatique.

Mais dans le milieu militaire, le suicide « manqué » est presque toujours taxé de simulation; dans maintes circonstances, en effet, le raté se rencontre chez un soldat dont la situation militaire est difficile, qui d'ordinaire est sous le coup d'une punition grave, et, si la tentative de suicide est quelque peu douteuse, on pense bien vite que c'est une manifestation sans grande réalité pour attirer l'attention ou émouvoir la compassion, une sorte de chantage dont le sujet se sert à l'égard de ceux qui l'ont puni.

Nombre de suicides sont ainsi considérés comme simulés, surtout parce qu'ils n'ont pas abouti, mais ces tentatives n'ont échoué souvent que par suite de circonstances indépendantes de la volonté de leur auteur et n'étaient donc pas uniquement préparées en vue d'impressionner l'entourage. Faut-il bien s'étonner que, dans le désarroi mental, dans la période d'émotivité extrême qui précèdent un suicide, un individu ne combine pas ses actes avec la logique et la perfection qu'on peut apporter dans des actes insignifiants de l'existence?

Avant de conclure à la simulation dans des cas de ce genre, il n'est pas superflu de s'entourer de tous les

renseignements qu'on peut réunir, et, comme pour tout diagnostic de simulation, il ne faut conclure à la tromperie qu'après avoir rationnellement éliminé tous les autres diagnostics. Ce que l'on rencontre surtout dans l'armée, ce ne sont pas les cas d'aliénation vraie, mais ce sont des cas-limites : ces troubles mentaux légers sont compatibles très souvent avec l'exercice d'une profession civile, mais incompatibles avec les obligations strictes du métier militaire.

Un certain nombre des sujets examinés après suicide manqué sont des *mélancoliques frustes*, des neurasthéniques, chez qui des causes occasionnelles (dégoût du service, fatigues inhérentes à la vie militaire, la nostalgie, la rigueur de la discipline) exercent une action sensible sur le moral de tous les affaiblis intellectuels.

Dans ces cas délicats, où la simulation aura été incriminée, l'expert devra s'enquérir soigneusement s'il n'existe pas trace de quelque trouble de la nutrition et les sillons unguéaux pourront alors lui être d'un appui précieux pour établir son diagnostic. Ils lui permettront de ne pas méconnaître un état de dépression léger, mais qui, non reconnu, s'aggraverait et pousserait le sujet à une nouvelle tentative de suicide qui pourrait alors aboutir.

Certains petits mélancoliques ou simples neurasthéniques, avec causes occasionnelles déterminantes, ont été parfois changés de corps, dans certains cas envoyés en convalescence pour compléter une cure morale commencée à l'hôpital.

Petits états psychiatriques de Guerre

L'expérience de plusieurs centres de Neuro-Psychiâtrie aux armées a montré l'existence d'un certain nombre de cas-limites, à symptomatologie floue, et ce sont ceux-là qui ont posé les problèmes médico-légaux les plus ardus. Il s'agissait, si l'on peut dire, de cas de consultation, non d'hospitalisation, encore moins d'asile. Dans la vie du temps de paix, ils auraient conduit bien des malades à prendre l'avis du spécialiste. En temps de guerre, de tels états se sont multipliés, atteignant toutes les classes sociales soumises aux mêmes causes d'épuisement, et trop souvent sans doute des sanctions disciplinaires ont été la seule tentative thérapeutique. Peu de médecins, en effet, se trouvaient avertis de la possibilité de ces « *petits états psychiâtriques* ». La difficulté était grande, le syndrome étant presque uniquement subjectif, sans qu'aucun signe objectif connu vienne corroborer l'attitude et les dires du malade.

M. le professeur Chavigny a eu l'occasion d'observer longuement un de ces cas dans des conditions indiscutables d'authenticité, chez un médecin (observ. V). Un signe somatique assez peu décrit, qu'on néglige généralement de rechercher et d'interpréter, est venu donner, mais tardivement, la preuve formelle, *palpable*, de la réalité des accidents.

Des accidents de ce genre ont certainement été subis au cours de la campagne par bien d'autres malades que celui dont nous relatons plus loin l'observation. On ne voit pas comment, dans la plupart des cas, ils

n'auraient pas été méconnus. Tant de malades expliquent si confusément leurs troubles qu'un médecin non informé, à la veille d'une montée dans le secteur, par exemple, a dû songer à la simulation, ou tout au moins à l'exagération. Il importait donc d'attirer à nouveau l'attention sur la recherche du sillon unguéal, signe objectif lié si souvent à l'évolution de ces états neurasthéniques.

Il suffira que la notion s'en répande pour que, dès le corps de troupe, on puisse apprécier plus justement de nombreux cas, parmi les petits états psychiâtriques, même *en temps de paix*. Il ne faut pas oublier, en effet, que la simulation de la *Neurasthénie* est un thème facile pour les simulateurs; cette dépression nerveuse, si l'on s'en tient aux apparences, est essentiellement subjective, se traduisant d'abord par une simple sensation de lassitude, et pourrait être bien aisément prétextée sans motif par tous les paresseux. Mais le diagnostic s'en fera d'une façon correcte en éliminant d'abord les affections qui, se manifestent au début par de la faiblesse générale, sans aucun smptôme objectif net (Tuberculose au début).

Il ne faut pas se contenter d'écouter les doléances des malades, on pourra saisir des signes objectifs de haute valeur. Car chez la plupart des neurasthéniques, des troubles de la nutrition existent et s'enregistrent par des sillons unguéaux, tous symptômes d'autant plus faciles à constater que la neurasthénie est une affection à oscillations.

Infanticide

Dans les *Psychoses puerpérales,* on observe fréquemment, et cela se conçoit ,l'infanticide. La question de la psychose transitoire puerpérale, en raison même des controverses sur son existence, peut être discutée en pratique dans le cas de troubles intellectuels de l'accouchement, si fréquemment invoqués par les femmes accusées d'infanticide et qui passent d'ordinaire pour simulés, prétextés à tort. Rien n'est plus délicat qu'une telle expertise psychiâtrique, car cette psychose d'origine puerpérale est de pronostic ordinairement bénin, les symptômes peuvent en avoir disparu complètement quand se fait l'expertise.

Le médecin expert ne saurait donc être trop prudent dans son diagnostic et dans ses conclusions et il ne devra négliger aucun moyen pour arriver à découvrir la vérité.

On comprend de quelle importance serait alors d'observer de profonds sillons unguéaux dont la date de production correspondrait à celle de la période de manie invoquée.

Commotions après accident d'auto

Avec la circulation automobile si intense que nous voyons actuellement, les accidents sont fréquents et de la part des compagnies d'assurances, des contestations de toutes sortes peuvent surgir à propos de demandes d'indemnités. Il n'est pas rare de voir survenir après le traumatisme violent une période de confusion mentale ou des troubles dépressifs alternants, et il est tout

naturel que le commotionné intente un procès à sa compagnie d'assurance si celle-ci se refuse de reconnaître que les troubles mentaux ont été provoqués par l'accident et ne veut pas l'en indemniser.

D'où expertise et contre-expertise. Il est opportun de rappeler quelles précisions cliniques rétrospectives on peut demander à une méthode d'exploration aussi simple, aussi exacte et aussi formelle que celle de la recherche des sillons unguéaux, témoignage des troubles nutritifs qui ont accompagné la commotion et qui, en précisant la date de leur apparition, montreront le bien-fondé des réclamations de la victime.

B) Recherche et diagnostic différentiel du sillon unguéal

Sur la face superficielle de l'ongle, se remarque toute une série de stries *longitudinales*, c'est-à-dire partant de la base de la lunule pour gagner le bord libre de l'ongle, plus ou moins accusées, mais toujours très visibles, parallèles entre elles et à l'axe de l'ongle; ces stries, dont la présence est à peu près constante chez tous les individus, sains ou malades, n'offrent aucun intérêt pour le médecin légiste.

Seule importe donc la recherche des vrais sillons unguéaux, dont nous avons signalé plus haut les caractères. Rappelons seulement que ces sillons se présentent sous la forme de dépressions *transversales*, parallèles au bord libre de l'ongle.

Ces sillons peuvent se rencontrer indifféremment

sur tous les ongles des mains et des pieds, mais ils doivent être cherchés de préférence d'abord sur les ongles des pouces et des gros orteils, où ils sont toujours mieux marqués. Nous en avons donné la raison: c'est qu'ils n'existent jamais sur les autres ongles, sans se rencontrer d'abord sur ceux-là, et que souvent les ongles des pouces et des gros orteils sont les seuls sur lesquels les sillons soient apparents. Cette localisation au pouce et au gros orteil facilite grandement les recherches, les sillons des autres ongles pouvant parfois être à peine marqués et échapperaient ainsi à une investigation rapide.

Un examen, pratiqué à jour frisant, des ongles des mains et des pieds du sujet suspect, montrera déjà une dépression plus ou moins nette, parfois même une série de sillons transversaux.

On les constate encore bien plus aisément par la palpation: avec la pulpe du doigt, le médecin exerce une pression légère sur l'ongle du malade, et partant de la base de la lunule pour gagner le bord libre, suit le grand axe de l'ongle à examiner, il sentira souvent très nettement la dépression, même si cette dernière est à peine perceptible par l'œil. Un procédé commode est le suivant: l'index du médecin, avec l'extrémité libre de l'ongle, gratte et suit le grand axe de l'ongle des pouces du malade, et ressent nettement un ressaut brusque s'il y a un sillon.

Au gros orteil, le toucher est parfois inutile, tant la vue renseigne en toute évidence: ce fait tient à ce que

la croissance de l'ongle de l'orteil est de deux à trois fois moins rapide que celle des ongles de la main; pour une même maladie d'une durée déterminée, la largeur du sillon de l'orteil sera deux à trois fois moindre que celle du sillon du doigt; lés bords sont plus rapprochés et le sillon est ainsi plus apparent.

Si ces recherches sont couronnées de succès, il reste alors à s'assurer soigneusement que la dépression est bien un sillon unguéal et pour cela, il est nécessaire d'éliminer tous les accidents de l'ongle ou de la matrice unguéale, qui seraient susceptibles de donner lieu à la formation d'une rainure.

Du fait même de leur situation, les ongles sont exposés à des *lésions traumatiques* variées, plaies, contusions, décollement, etc... Les *plaies* limitées à l'ongle proprement dit sont rares et n'offrent aucun intérêt: celles qui atteignent en même temps le derme unguéal ont plus d'importance, en raison des complications inflammatoires qui peuvent apparaître ou des déformations consécutives. La régénération des ongles est de règle à la suite des affections traumatiques ou autres qui déterminent leur chute: tant que la matrice demeurera intacte, l'ongle se reproduira dans son intégrité. Quand la matrice est détruite en partie seulement, il se développe un ongle partiel dont la largeur répond à celle de la surface lunulaire demeurée saine; quand celle-ci, au contraire, a complètement disparu, l'ongle

nouveau n'est plus représenté que par des lamelles irrégulières nées du derme sous-unguéal et qui ont peu de tendance à se réunir en couche continue. Ainsi, lorsqu'à la suite d'un traumatisme, coupure ou coup de marteau, par exemple, la matrice a été elle-même lésée, supprimée en un point, de sorte qu'il existe, au niveau de la lésion, un tissu cicatriciel, fibreux, impropre à la production de la substance cornée, à ce niveau la sécrétion de l'ongle sera arrêtée, il n'y aura pas régénération de l'ongle radiculaire, le seul ongle qui demeurera sera l'ongle du corps, écailleux. Il se produira ainsi ce que nous appellerons un « sillon traumatique » ou « *pseudo sillon unguéal* » d'un diagnostic généralement aisé: un *traumatisme* portant directement sur la racine d'un ongle peut provoquer la formation d'une rainure, mais il est bien évident dans ce cas qu'aucun des autres ongles du même individu ne présentera de sillon correspondant; en général aussi un sillon symptomatique d'un traumatisme local s'accompagnera d'une petite hémorragie sous-unguéale, qui persistera et suivra le pseudo sillon jusqu'à son élimination. De plus, le sillon n'occupera pas toute la largeur de l'ongle, il sera incomplet puisqu'il ne correspondra pas à toute la matrice, mais seulement à la partie plus ou moins étendue qui aura été traumatisée.

Le sillon unguéal d'origine trophique occupe toute la largeur de l'ongle, ce qui le distingue des sillons transversaux de l'*eczéma*, qui n'occupent généralement que la partie moyenne. Dans la forme chronique de

l'eczéma, l'ongle présente une série de vallonnements transversaux, tous parallèles, qui occupent toujours la partie moyenne de l'ongle et n'arrivent pas toujours jusqu'aux bords latéraux, et ces ondulations transversales peuvent persister après la guérison des lésions cutanées voisines...

Il ne faut pas oublier que les sillons unguéaux localisés à un doigt ou à un seul membre traduisent un trouble local dû à un traumatisme, une névrite, une fracture, etc... Les sillons ne sont donc l'indice d'un trouble général de la santé que si on les constate simultanément au moins aux ongles des deux pouces ou en même temps aux ongles de tous les doigts et à une hauteur correspondante, indépendamment d'ailleurs de tout traumatisme bilatéral. Ils peuvent être facilement distingués des autres rainures qu'on observe parfois dans certaines affections des extrémités, car ces dernières apparaissent à la suite d'une affection localisée (panaris, eczéma) sont réparties indifféremment sur tel ou tel doigt ,ou n'existent que d'un seul côté, ou à des niveaux différents à droite ou à gauche.

Mais les sillons symétriques, observés sur les ongles de deux ou quatre membres, sont un indice sûr, ils certifient un trouble général de la nutrition. Il faut toutefois ne pas oublier qu'un sillon peut avoir complètement disparu sur l'ongle du pouce, quand il commence seulement à apparaître à la base de l'ongle du gros orteil, de même que, visible aux doigts, il n'a pas encore fait son apparition sur les orteils.

Conservation des sillons

Lorsque le médecin expert se trouve en présence de sillons bien caractérisés, il aura tout intérêt à en conserver la trace. Un excellent procédé pour la mise en évidence et la conservation des sillons sera de faire exécuter un moulage en plâtre. Pour étayer son témoignage devant la justice, l'expert pourra produire un moulage des ongles et emporter ainsi plus facilement la conviction des juges en affirmant ainsi la réalité des troubles mentaux.

On pourrait également, le cas échéant, avoir recours à une photographie faite à la dimension de 1/1 avec éclairage rasant.

C) Date de la formation du sillon

Lorsque nous nous trouvons en présence d'un sillon unguéal caractéristique, il importe alors d'en déterminer — avec autant de précision que possible — la date de formation. La situation du sillon à la surface de l'ongle, son éloignement plus ou moins considérable de la base de l'ongle nous fournissent des données sur l'époque à laquelle remonte l'affection dont il émane. Ainsi pendant toute la durée de leur élimination progressive vers le bord libre, il est possible de savoir à quelle période de l'existence les sillons se sont formés, il suffit seulement de connaître la rapidité de croissance de l'ongle. Nous admettrons que l'ongle à la main, pousse en moyenne de un millimètre par semaine; il

ne faut pas oublier que l'extrémité postérieure de l'ongle, cachée sous le repli sus-unguéal, représente environ le quart de la longueur totale de l'ongle, il s'ensuit donc qu'il s'écoule un certain intervalle de temps entre le moment où l'ongle se forme au niveau de la matrice et le moment où il se dégage du repli sus-unguéal. Un sillon formé à l'extrémité postérieure de la racine ne devient apparent à la base de la lunule qu'environ 4 à 5 semaines après le début de la maladie à laquelle il est dû.

Si, pour la distance qui sépare le sillon du repli sus-unguéal nous avons ,par exemple, trouvé six millimètres, nous saurons que la maladie a débuté il y a 10 semaines.

Il faut compter de 4 à 5 mois pour que le sillon, apparu à la base de l'ongle, atteigne l'extrémité libre et soit éliminé. Ainsi, pendant près d'une demi-année, les sillons peuvent permettre un diagnostic rétrospectif.

Nous avons vu que la vitesse de croissance de l'ongle variait suivant l'âge et la constitution des sujets; ces différences individuelles pouvant influencer fortement les résultats, il est préférable, toutes les fois que les circonstances de l'expertise le permettent, de mesurer directement chez chaque individu cette rapidité de croissance. Pour ce faire, plusieurs procédés sont à la disposition de l'expert. On peut, par exemple, badigeonner fortement au nitrate d'argent la région de la lunule; l'ongle noircit, et on mesure ensuite la hauteur de l'ongle nouvellement formé et de coloration normale, produit en arrière du précédent. On peut égale-

ment, au moyen d'une fine lime tiers-points, tracer des repères à la naissance de la lunule et noter de combien ils se sont déplacée en un temps donné. Mais, pour des expertises, nous trouvons préférable le système du moulage, qui laisse un document des symptômes constatés: à un mois d'intervalle, nous faisons faire, au plâtre de Paris, le moulage de l'ongle porteur de sillons, et, par la quantité dont ces sillons se sont déplacés, on peut calculer assez exactement à quelle date se rapporte leur formation.

Pour les ongles des orteils, les mêmes pratiques sont utilisables. Mais, et c'est là une remarque fort importante, il faut se rappeler qu'au pied les ongles ont une croissance moins rapide qu'à la main, ils enregistrent par conséquent les accidents nutritifs d'une période beaucoup plus longue de l'existence. BEAU admettait que les ongles des orteils ne croissent que de un millimètre en 4 semaines; ce chiffre ne nous paraît pas d'une exactitude absolue car, si pour BEAU, la période d'évolution totale de l'ongle du gros orteil est de 96 semaines, pour VOGEL, elle serait tout au plus de 40 à 70 semaines. Il vaudra mieux faire la mensuration pour chaque cas particulier afin de tenir compte des variations individuelles. Les sillons des orteils apparaissent plus longtemps après la terminaison de l'état maladif, la période d'inclusion de l'ongle sous le repli sus-unguéal est d'environ 40 à 50 jours.

Lorsque, par suite du renouvellement total de l'ongle du pouce, tout stigmate unguéal aura disparu à la main, il sera encore possible pendant au moins 6 mois de retrouver les sillons sur les gros orteils.

Bien que, au cours de la maladie, les ongles croissent plus lentement que dans l'état de santé, cette différence peut être négligée sans grand inconvénient. Il suffira donc, pour établir avec une approximation très suffisante, la date d'apparition des troubles de la nutrition dont les sillons observés sont l'indice, de connaître chez l'individu incriminé la vitesse de croissance de l'ongle. Par une simple règle de trois, il est facile alors de déterminer rétrospectivement l'époque de la maladie; il faut toujours avoir soin d'ajouter un certain nombre de jours, variable suivant que l'on considère l'ongle du pied ou celui de la main, pour la portion cachée sous le repli sus-unguéal.

D) Quelle est l'affection qui a provoqué l'apparition du sillon

Le sillon unguéal étant constaté, quelle en est l'interprétation, quelle en est la valeur séméiologique?

Les sillons unguéaux peuvent, dans quelques cas, permettre d'établir un diagnostic rétrospectif d'aliénation mentale. Mais pour que ce raisonnement soit valable, il faut que certaines conditions très spéciales se trouvent réunies. Ce serait aller à l'encontre du bon sens et de la clinique que de conclure à l'aliénation mentale toutes les fois que les ongles sont striés de sillons profonds; nous savons, en effet, que ces sillons peuvent être dus à une très nombreuse catégorie de causes: maladies infectieuses, troubles de la nutrition, etc... Comme le sillon n'apparaît que lorsque le mal est passé, le médecin, s'il veut y voir clair, est obligé

de tourner et retourner son malade jusqu'à ce qu'il puisse attribuer le sillon à sa véritable cause.

Lorsqu'un sujet suspect de simulation de troubles mentaux présente indépendamment de toute infection, ou de troubles organiques perceptibles, des sillons bien accentués, ces sillons peuvent être tenus pour un symptôme objectif des troubles mentaux dont il est atteint et par conséquent pour une preuve de leur réalité.

Ainsi l'expert aura, par exemple, à examiner un individu qui, on en a la certitude par ses dires et par enquête auprès de son entourage, n'a eu, pendant les mois précédents, aucune maladie appréciable autre que des troubles mentaux. L'expert examine cet individu revenu à l'état mental normal; l'observation et l'étude de l'accroissement de l'ongle lui permettent d'établir que ces sillons unguéaux correspondent exactement comme date de production, à la période de troubles mentaux allégués. D'autre part, la dernière portion de l'ongle n'offre plus aucun sillon; l'ongle s'est développé normalement depuis le moment qui correspond au retour à l'état mental normal.

Dans ces conditions, on peut très valablement porter un diagnostic rétrospectif d'aliénation mentale réelle.

Nous basant sur ces constatations, nous pouvons affirmer alors que l'individu incriminé a bien présenté entre tel et tel mois un état morbide important et que ses actes antidisciplinaires ont été commis sous l'influence de cet état pathologique

e) EXEMPLES D'EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES

Les observations suivantes, choisies parmi beaucoup d'autres, montrent les difficultés que l'expert peut éprouver pour établir un diagnostic rétrospectif d'aliénation mentale chez des individus guéris au moment de l'examen. Elles font clairement apparaître la valeur de la recherche des troubles de la nutrition générale, troubles qui se traduisent par les sillons transversaux des ongles, au début des psychoses quand les expertises portent sur des cas de ce genre.

Sans la recherche et la constatation de ces signes, il eut été impossible souvent de rédiger une expertise concluante.

Dans toutes les observations rapportées ici, l'examen médical a permis d'arrêter toute poursuite judiciaire contre des sujets soupçonnés à tort de simulation ou d'exagération et, en attestant la réalité de leurs dires, a donné la possibilité d'instituer un traitement approprié.

OBSERVATION I

(Pr Chavigny. publiée dans le *Bulletin de la Société de Médecine Légale de France*, 1907, p. 121.)

Soldat H... Refus d'obéissance et violences. Prévention de Conseil de guerre. Accès de manie aiguë. Irresponsabilité. Abandon de la plainte.

Un jeune soldat H..., issu d'une famille parfaitement saine au point de vue mental, n'avait, avant son incorporation, jamais présenté aucun trouble intellectuel.

Quelques jours à peine après son arrivée au corps, il se montrait bizarre, refusant sans motifs valables de faire son

service, puis quelques instants plus tard il était très empressé à s'acquitter de ce qui lui était commandé.

La nuit, il se lève vers 3 heures, crie, chante, injurie ses camarades, que ce bruit avait réveillés, puis dans la journée il semble au contraire parfaitement normal. Plusieurs nuits, les mêmes faits se renouvellent.

Placé en observation à l'hôpital, il y est soumis pendant plus d'un mois à l'examen de deux médecins, dont l'un conclut à la simulation, tandis que l'autre reste dans le doute. Sorti de l'hôpital, il se livre, quelques jours après, à des actes de violence sur un gradé qui lui commandait une corvée. Il est l'objet d'une plainte en Conseil de guerre, mais, comme au moment des interrogatoires, il dit avoir perdu tout souvenir des faits qui lui sont reprochés, une nouvelle observation médicale est jugée nécessaire, et H... revient à l'hôpital.

Désigné comme expert, le médecin qui avait déjà observé cet homme pendant son premier séjour à l'hôpital, provoque, en raison du doute qui persiste, une évacuation sur l'hôpital régional. Là, un nouvel expert reste également dans le doute et finalement H... est envoyé au Val-de-Grâce.

Le dossier qui l'accompagnait comprenait les rapports précédemment établis et concluant presque de façon négative; il renfermait en outre un certain nombre de lettres dont les unes avaient été écrites par H... pendant la période d'agitation, les autres, plus récentes, correspondaient à une période d'état mental normal.

Pendant les quelques jours qui avaient précédé son envoi au Val-de-Grâce, H... paraissait en effet ne plus présenter ou ne plus simuler aucun trouble mental et pendant tout le temps qu'il fut soumis à l'examen, c'est-à-dire pendant plus de deux mois, il ne présenta aucun symptôme d'aliénation mentale: toutes ses fonctions intellectuelles s'accomplissaient d'une façon rigoureusement correcte, ses raisonnements, comme ses écrits étaient ceux d'un individu sain, l'examen somatique ne révélait la trace d'aucune lésion organique ou fonctionnelle, et, parti-

culièrement examiné à ce sujet, H... ne présentait aucun stigmate d'hystérie, ni aucune maladie du système nerveux.

Si l'on interrogeait alors cet homme sur sa situation militaire et sur les accidents qu'il avait présentés pendant les mois précédents, il devenait quelque peu émotif et se lamentait, très sensément d'ailleurs, sur les lenteurs de l'instruction et de l'examen médical. Sur les faits mêmes de violence qui avaient motivé la mise en prévention, il faisait très nettement la distinction entre ce qu'il en savait et ce qu'il s'en rappelait. A l'instruction, on lui en avait parlé assez en détail et il pouvait à son tour les raconter, mais il n'en avait aucun souvenir personnel. Cette distinction est bien subtile pour un esprit peu cultivé, elle est cliniquement vraie et il paraît difficile qu'elle puisse être inventée par un simulateur peu au courant des choses de la médecine.

D'autre part, H... présentait encore un symptôme qui se retrouve chez des aliénés guéris. Pendant une période de ses précédents séjours à l'hôpital, il avait eu des hallucinations de l'ouïe, il les racontait et il se rendait fort bien compte de leur caractère illusoire. Enfin d'après les rapports médicaux, H... aurait présenté ou simulé des signes de manie aiguë, c'est-à-dire précisément d'une forme curable d'aliénation, et il était beaucoup plus normal d'en constater la guérison que s'il avait présenté antérieurement un délire systématisé.

Tous ces indices cependant ne pouvaient faire admettre que la possibilité des troubles mentaux passés, non leur probabilité.

Un signe relevé chez H... a emporté la conviction : sur les ongles des doigts, il présentait des sillons transversaux dont la valeur comme indice de troubles de la nutrition générale paraît très importante.

Chez lui, ces sillons occupaient la moitié inférieure de l'ongle, celle qui tend à s'éliminer, tandis qu'il n'en existait aucun sur la partie de l'ongle plus récemment formée. Pour se rendre compte de la rapidité de croissance de l'ongle chez le sujet examiné, on utlise le moulage qui permet de garder une trace objective de ce symptôme objectif. En effectuant alors des

mensurations exactes sur les ongles et sur les moulages, on vit que les dates auxquelles correspondaient les principaux sillons se rapportaient assez exactement aux époques d'agitation notées chez H... Surtout, l'ongle était redevenu normal, depuis l'époque à laquelle H... ne présentait plus de troubles mentaux.

Si les troubles de la nutrition générale ne sont pas toujours la cause des troubles mentaux, ils peuvent en être ou l'effet ou l'indice.

On avait donc la preuve que, indépendamment de toute maladie constatable, H... souffrait de troubles de nutrition, au moment précis où l'on observait chez lui des troubles mentaux et on constatait qu'il ne présentait plus de troubles mentaux, depuis que l'état de nutrition était redevenu normal.

Joignant cette notion aux caractères cliniques signalés plus haut et qui avaient conduit en premier lieu à admettre la possibilité de ces troubles mentaux, on pouvait conclure que ceux-ci paraissaient alors avoir réellement existé, H... étant d'ailleurs actuellement guéri. La plainte en Conseil de guerre était abandonnée contre H... qui devait être tenu pour irresponsable des actes incriminés.

OBSERVATION II

(P[r] Chavigny. Obs. publiée dans le *Bulletin de la Société de Médecine Légale de France*, 1908, p. 314.)

Sergent F... Désertions répétées, sans motif. Accès mélancoliques et maniaques. Irresponsabilité. Réforme.

F..., sergent rengagé, a fourni dix ans d'un excellent service dans un régiment d'infanterie. D'intelligence moyenne, il avait toujours été considéré comme s'acquittant parfaitement de ses fonctions ; son caractère égal, régulier, sans emportements, sa grande serviabilité, lui avaient évité toute difficulté et même toute punition.

Ses antécédents héréditaires et personnels sont absolument nets de tout accident nerveux ou mental.

Au mois d'octobre 1907, à la suite de la suppression du 4e bataillon, F... fut désigné pour remplir les fonctions de sergent à la commission des ordinaires. Quelques jours après, il se plaignait d'une céphalée persistante; il éprouvait de la peine à fixer son attention, et il craignait de ne pouvoir remplir consciencieusement ses nouvelles fonctions, dont la responsabilité l'effrayait. Brusquement, il quittait la caserne en tenue militaire, le 10 octobre, obéissant à un besoin impulsif de mouvement. Il errait dans la région nord de Paris et des environs, sans songer à changer ses vêtements militaires, sans nullement se cacher, et il ne rentrait au quartier que le 1er décembre, ayant été ramené par un officier de son corps qui l'avait rencontré dans Paris.

Pendant les premiers jours de son absence, F... avait cédé à son irrésistible besoin de marcher; puis ultérieurement, cette sorte de crise passée, il n'avait plus osé rentrer, les délais de désertion étant accomplis; il redoutait les conséquences de sa faute et n'osait s'y exposer.

L'enquête faite au corps n'avait pas pu découvrir de motif valable de cette désertion et l'on avait été d'autant plus surpris que ce sergent avait laissé dans sa chambre un livret de caisse d'épargne de 900 francs.

F... fut amené au Val-de-Grâce pour expertise le 13 décembre 1907. Il fut à ce moment impossible de mettre en évidence chez lui le moindre symptôme actuel de trouble mental; toutes ses fonctions cérébrales s'accomplissaient normalement.

Les renseignements fournis par le malade et son entourage laissaient supposer que peut-être F... avait traversé une période mélancolique, puis une période de subagitation maniaque.

Bien que, pendant les dernières semaines de la période de désertion, F... se fût convenablement nourri, il indiquait lui-même qu'il avait notablement maigri depuis quelques mois, son poids normal était d'après lui de 78 kilogs. Le 13 décembre il pesait 74 kg.; le 27, 76 kg. 50; le 13 janvier, 77 kg... Cet engraissement assez rapide permettait de croire à l'exactitude des renseignements fournis par F... sur son poids normal. Un

sujet, qui engraisse ainsi, a assurément maigri antérieurement. On pouvait peut-être penser que l'amaigrissement était le fait de la famine ou de la fatigue ; cependant le sergent niait toute privation pendant les semaines qui avaient précédé son entrée à l'hôpital. On était porté à admettre que la dénutrition avait été concomitante des troubles mentaux et F... était très affirmatif en ce qui concernait la coïncidence très exacte de leurs débuts.

La constatation de cette sorte de trouble de la nutrition générale était corroborée d'ailleurs par l'existence de sillons unguéaux nettement marqués sur la face de l'ongle et leur éloignement du repli sus-unguéal confirmait la date d'apparition des troubles de nutrition présentés par F... De plus, ces sillons ne se reproduisaient plus depuis que l'état de F... était redevenu normal.

Tout cela fit accepter comme admissible la réalité des troubles mentaux allégués et guéris. La prévention fut abandonnée et F... envoyé en convalescence dans sa famille en mars 1908.

Quand il rentra à son corps, le 25 avril, sa façon d'être et ses réponses permettaient de porter le diagnostic d'accès mélancolique d'intensité moyenne, mais parfaitement caractérisé, survenu depuis quelques jours. Il fut aussitôt envoyé à l'hôpital. Nul doute n'était alors possible sur la réalité des symptômes qui furent observés. Le diagnostic porté lors du premier séjour se trouvait confirmé, il l'était d'autant mieux que le poids du malade s'était de nouveau abaissé, et que, malgré une alimentation très riche reçue dans sa famille, le sergent F... pesait seulement 73 kg. 500. Cet accès mélancolique fut de très courte durée ; en huit jours environ, F... était revenu à son état normal et dès le huitième jour aussi, son poids avait augmenté de 3 kg. F... suppliait qu'on lui permit de reprendre son service et, le 10 mai 1908, il rentrait au régiment.

Jusqu'au mois d'octobre 1908, rien d'anormal ne s'était produit lorsqu'après quelques jours de tristesse, le 13 octobre, F... se sentait à nouveau pris d'un irrésistible besoin de marcher, de voyager ; il quittait le quartier, parcourant Saint-Denis

et les environs, Argenteuil..., marchant sans cesse, cédant à peine pour quelques heures par nuit au sommeil, sur un banc, prenant un seul repas pendant ces trois jours et buvant de grandes quantités de vin, par impulsion, presque comme un dipsomane, tandis qu'il est habituellement assez sobre.

Pendant ce nouvel accès, les symptômes se sont accentués ; c'est ainsi que F... entendait des voix qui parlaient de lui : « Tiens, c'est encore le sergent, le voilà qui marche. Allons ! marche, marche, il faut marcher ! » Ces voix résonnaient près de ses oreilles sous forme d'un léger murmure ; c'est la première fois qu'il avait des hallucinations auditives. Revenu à son état normal, il se rend parfaitement compte de leur inanité.

Rentré spontanément au quartier le 16 octobre, il est immédiatement amené à l'hôpital : F... est dans un état intellectuel normal, sans excitation ni dépression ; il a seulement, dit-il, une sensation de fatigue extrême, suite de cette marche forcée. De nouveau son poids a baissé et n'est plus que de 72 kg.

La succession de ces accès mélancoliques et maniaques avec intervalles lucides intermédiaires confirment l'existence de troubles mentaux bien réels, indéniables. On devra prévoir que F... ne pourra continuer son service et qu'il devra abandonner le bénéfice des dix années de service qu'il a accomplies.

OBSERVATION III

(Pr Chavigny. Obs. inédite. Service de neuro-psychiâtrie du Val-de-Grâce, 1910.)

Soldat M... Injures et menaces de mort. Plainte en Conseil de guerre. Expertise : subagitation maniaque. Irresponsabilité. Annulation de la plainte en Conseil de guerre.

M... est un jeune soldat, du corps d'armée de Besançon, qui a déjà accompli six mois de service parfait.

Jusque-là, aucun antécédent judiciaire ou pathologique quelconque, lorsqu'il se met un jour, sans motif appréciable quel qu'il soit, à proférer des paroles injurieuses, même des menaces de mort à des gradés et à des officiers, qui se trouvaient auprès de lui. Cette sorte d'accès violent dure quelques minutes,

Immédiatement, M... est mis en prison ; interrogé le lendemain sur son attitude, il dit ne se souvenir de rien. Cette manifestation violente était tellement peu en concordance avec le passé de M... que celui-ci est immédiatement envoyé à l'hôpital de Besançon pour avis.

Le médecin-chef qui l'examine, ne relève l'existence d'aucun signe pathologique quelconque. Cependant le cas lui paraît tellement étrange qu'il demande au ministre l'évacuation de M... sur le Val-de-Grâce pour observation plus complète.

C'est dans ces conditions que M... arrive dans le service de neuro-psychiâtrie du Val-de-Grâce, se trouvant sous le coup d'une plainte en Conseil de guerre.

On constate l'absence de tout signe pathologique quelconque, aussi bien au point de vue organique que psychiâtrique, mais M... présente sur les ongles des pouces, à peu de distance de la lunule, des sillons transversaux extrêmement marqués et de très courte étendue.

On trace alors des repères, avec une lime fine, à la naissance de la lunule, de façon à pouvoir mesurer exactement la vitesse de croisance des ongles chez M... et déterminer par conséquent la date à laquelle correspondaient les sillons observés, Après un mois d'hospitalisation, on avait une donnée exacte à ce sujet et une règle de trois déterminait que les sillons notés correspondaient exactement comme date à celle à laquelle s'étaient produits les faits antidisciplinaires relatés.

La conclusion médico-légale tirée fut qu'à cette époque M... s'était trouvé dans un état pathologique transitoire avec troubles marqués de la nutrition. En conséquence, la plainte en Conseil de guerre fut annulée.

OBSERVATION IV

(Pr Chavigny, Soderlindh et Warin. Obs. publiée dans le *Bulletin de la Société de Médecine Légale*, oct. 1918.)

Canonnier N... Désertion en temps de guerre. Prévention de Conseil de guerre. Expertise et contre-expertise. Etat dépressif. Irresponsabilité. Retrait de la plainte.

Pendant la guerre, à l'armée d'Italie, un artilleur, N... du

...e régiment, déserte le 7 février 1918. Arrêté trois jours plus tard, il est mis en prison au corps et s'échappe de prison le 5 mars, nu-pieds, à peine vêtu, profitant d'un moment d'inattention de la sentinelle. Divers témoins déposent que, depuis quelque temps, N... tenait des propos incohérents ; une enquête établit que la sœur de ce soldat a été internée. Un expert est donc commis par le commissaire rapporteur.

L'inculpé est placé en observation et présente pendant les premières semaines de cette période d'examen des troubles mentaux que l'expert résume ainsi :

1° Diminution de l'attention spontanée ou provoquée ;

2° Troubles de l'association des idées ;

3° Réponses à côté avec tendance à une fabulation mythomaniaque rudimentaire ;

4° Conscience peu précise de la situation : le sujet demande, par exemple, au cours d'un interrogatoire, à être accompagné à la coopérative pour acheter du tabac ;

5° Indifférence affective portant aussi bien sur sa situation propre que sur ses affections familiales ;

6° Des expressions de physionomie inadéquates, rires sans motif.

Quelques jours plus tard, vers le 1er mai, le sujet examiné se transforme radicalement dans son attitude et, en quelques jours, il revient à un état mental normal. Il ne semble persister qu'une légère diminution des souvenirs qui correspondent à la période pendant laquelle des troubles mentaux s'étaient manifestés.

En raison de ces constatations, l'expert déclare dans son rapport que le diagnostic de démence précoce lui paraît le plus vraisemblable, bien que la rémission rapide, complète, constatée, pût laisser quelques doutes sur la possibilité de considérer un autre diagnostic comme acceptable ou tout au moins discutable.

En tout cas, l'expert, ayant soigneusement éliminé le diagnostic de simulation, concluait formellement que les actes dé-

lictueux commis par N... relevaient directement des troubles mentaux constatés chez lui et que, par conséquent, le soldat N... au point de vue médical, devait être considéré comme irresponsable de ses actes.

Les conclusions du rapport d'expertise furent adoptées par le commissaire rapporteur qui proposa de clore l'affaire par un non-lieu.

Se basant sur ce que le rapport d'expertise ne faisait intervenir que des arguments d'ordre psychologique et psychiâtrique et que le diagnostic porté restait assez incertain dans l'esprit même de l'expert, le non-lieu fut refusé et une contre-expertise fut ordonnée.

Le soldat N... fut soumis à notre examen à la date du 17 juillet 1918. Il y avait à ce moment 4 mois 1/2 que le dernier délit avait été commis; il y avait 2 mois 1/2 que le sujet était revenu à un état mental complètement normal.

L'examen direct de l'inculpé, si l'on s'en tenait aux procédés habituels, ne fournissait aucun renseignement ni indice qui pût permettre de confirmer ou d'infirmer les conclusions de la première expertise. Il semblait qu'on était réduit à analyser de très près le rapport du premier expert, et nous n'aurions guère eu qu'à accorder à celui-ci un *satisfecit* de principe, car cet expert, psychiâtre de valeur, avait bien édifié son rapport et ses conclusions étaient en somme parfaitement logiques, très médicales, avec déductions médico-légales bien proportionnées, bien combinées.

Désireux, quand même, de faire autre chose qu'une contre-expertise de pure forme, nous eûmes recours à la recherche des signes de troubles trophiques enregistrés par les ongles. En examinant N..., nous constations que, vers le bord libre de l'ongle du pouce droit, il existait seulement une trace presque déjà éliminée d'un sillon unguéal. Ce reliquat était trop peu visible pour servir de base à une constatation médico-légale de quelque précision.

Par contre, si on examinait chez lui les ongles des gros orteils, on constatait vers la partie moyenne de ceux-ci la pré-

sence de deux volumineux bourrelets unguéaux, délimités par des dépressions profondes et tous deux extrêmement visibles, si nets qu'un moulage très démonstratif a pu en être pris.

C'étaient les traces évidentes, indiscutables, de perturbations considérables de la nutrition générale.

A quelle date s'étaient-ils formés? à la date du 17 juillet, le sillon postérieur était à 11 m/m de distance du sommet de l'ongle.

Des mesures comparatives furent faites pour préciser quelle était la rapidité de croissance des ongles des orteils chez cet homme, puisque les chiffres peuvent varier dans certaines limites: à des intervalles de temps assez éloignés, la distance des sillons à la lunule fut soigneusement mesurée. D'autre part, un trait fin et profond fut marqué dans la substance de l'ongle des gros orteils, au ras de la matrice au moyen d'une fine lime tiers-point.

Les diverses mensurations ainsi effectuées permirent de conclure que, chez N..., l'ongle des orteils croissait environ d'un millimètre par 8 à 10 jours.

Si alors on effectuait les calculs voulus, on aboutissait à cette conclusion que les troubles trophiques enregistrés par ces ongles s'étaient produits sensiblement pendant la période comprise entre le 1er janvier et le 1er mars 1918. Or, c'était précisément la période pendant laquelle des troubles mentaux avaient été manifestés par l'inculpé.

Il était alors vraiment aisé et logique, en nous basant sur ces constatations, d'appuyer les conclusions de notre rapport de contre-expertise sur des données absolument formelles. Nous pouvions affirmer (et un moulage que nous avons joint à notre rapport en faisait foi) que N... avait bien présenté entre le mois de janvier et le mois de mars 1918 un état morbide important.

C'était démontrer d'emblée que les conclusions du premier expert étaient parfaitement valables, c'était surtout résoudre, par un procédé qui nous a semblé aussi élégant que précis,

une des difficultés de contre-expertise psychiâtrique les plus ardues qui puisse être soumises à des médecins.

OBSERVATION V

(Pr Chavigny et Brousseau. Obs. publiée dans les *Annales Médico-psychologiques*, fév. 1919.)

Médecin auxiliaire X... Fatigabilité. Etat neurasthénique

X..., âgé actuellement de 30 ans, est mobilisé au début de la guerre, comme médecin auxiliaire. Ses antécédents n'offrent rien de particulier, sauf un léger état d'émotivité du jeune âge ; d'ailleurs cette émotivité s'était très atténuée vers la puberté.

X... avait été blessé en février 1915 par un ricochet de balle à la tempe, sans lésion constatée de la table interne. Cette blessure n'avait déclanché aucune manifestation immédiate ou retardée d'ordre émotif. Reprise du service huit jours plus tard.

En avril 1917, pris dans la déflagration d'un obus de 150 m/m tombé à 4 mètres de lui en terrain plat, X... est recouvert par la retombée des terres. Pas de perte de connaissance ; seulement, il est dominé par un état d'obnubilation qui se dissipe après 48 heures d'assoupissement. Deux jours plus tard, il était dans un abri léger lorsqu'un autre 150 éclate devant l'entrée, à 1 m. 50 de lui ; il est atteint par la projection des matériaux de l'abri ; un morceau de balustrade le frappe à la région occipito-pariétale droite. Perte de connaissance instantanée, d'une durée de quelques minutes seulement. Immédiatement après, X... peut suivre à pied l'évacuation qui était faite de ce cantonnement bombardé. Pendant les trois ou quatre jours suivants, il éprouve seulement un peu de céphalée et de fatigue générale. Il peut prendre part à l'attaque du 16 avril, avec les troupes d'assaut.

Une première manifestation pathologique qui surprend le sujet, c'est que vers le 25 avril, étant allé en permission, il éprouve un échec sexuel. Il ne s'en tourmente pas autrement, le mettant sur le compte de sa grande fatigue, et la fonction se rétablit bientôt normalement.

Revenu ensuite en secteur sur l'Aisne, X... sent se produire, à mesure que l'été s'avance, un état de fatigue plus particulièrement marqué le matin au lever ; mais à aucun moment il n'y a eu de céphalée, bien que ce symptôme ait été décrit comme habituel dans les cas de cette sorte. Puis le sommeil se fait de plus en plus difficile avec susceptibilité très exagérée au moindre bruit. Par exemple, les rats, qui étaient jusque-là supportés avec une indifférence relative, deviennent un véritable tourment.

X... tire un tel bénéfice momentané de la douche froide qu'il ne peut plus s'en passer. Partout il traîne avec lui en secteur son installation hydrothérapique de fortune. L'état de dépression et de fatigue générale va en s'accentuant et en janvier 1918, sans aucune fatigue préparatoire, sans motif apparent aucun, le malade s'évanouit un jour en pleine popote, il reste les 8 jours suivants au lit avec insomnie complète ; le moindre effort de marche était devenu absolument impossible.

Peu de jours après, X... partait en permission exceptionnelle pour aller passer des examens à la Faculté. Il fallut qu'on le transportât, couché, jusqu'au train. Chez lui, dans des conditions toutes spéciales d'isolement, de tranquillité absolue, il dort 15 heures par jour et parvient à passer ses examens.

Nommé en février 1918 à un poste d'arrière, il présente l'allure d'un perpétuel fatigué ; il suit la visite, dans le service de l'hôpital, à condition de s'asseoir de lit en lit. En ville, il ne marche jamais ; les insomnies se répètent, imputées tantôt au bruit d'un voisin, tantôt au passage du tramway, mais dues en réalité à une susceptibilité extrême, insolite au moindre bruit. X... *réagit* à ces conditions pathologiques en changeant constamment de chambre, toujours à la recherche d'un endroit où il trouvera le sommeil.

Un état d'indifférence sexuelle est pour lui la règle avec un peu d'intolérance vésicale, caractérisée uniquement par de la pollakiurie diurne et impérieuse. Dans le courant de l'année 1918, les périodes normales alternent avec des états nettement déficients,

Pendant une série de jours, X... est dans un état brillant; il travaille avec entrain, court à bicyclette, est actif de toutes façons; puis, brusquement, il retombe dans un état de lassitude, de dépression absolue qui dure quelques semaines. Cet état alternant est profondément ressenti par X... qui n'en perçoit pas la cause, s'en inquiète un peu et s'en indigne beaucoup, craignant que son chef de service n'attribue à de la mauvaise volonté cette incapacité de tout travail suivi.

Nous examinons le malade au mois de décembre 1918, à la fin d'une crise « neurasthénique » qui a été jusqu'à l'évanouissement dans l'une des journées de début, et qui a obligé X... à se faire hospitaliser. Nous constatons alors que X... présente des sillons très nets sur les ongles des pouces et aussi l'index de la main droite.

Ces sillons unguéaux sont la signature d'un état de troubles nutritifs se développant parallèlement aux troubles neurasthéniques.

X..., qui en est porteur et à qui nous révélons l'existence, se rappelle fort bien en avoir observé de pareils sur lui-même à partir d'un moment peu éloigné de la commotion subie. Il avait surtout alors été frappé de l'aspect étrange qu'avaient pris les ongles de ses gros orteils, creusés de sillons profonds, et s'était posé, en vrai étudiant en médecine, la question: « onyxis, mais de quelle nature? » Il n'avait osé conclure.

Tout s'expliquait alors: à la suite d'une commotion par explosion, X... avait présenté des troubles dépressifs alternants, avec troubles de la nutrition.

Bien que médecin lui-même, voilà un malade qui n'a fait le rattachement causal que bien tardivement, presque incidemment.

OBSERVATION VI

(Pr Chavigny. Obs. inédite. Service de neuro-psychiâtrie de l'Hôpital Militaire de Strasbourg, 1920.)

Canonnier L.... Désertion. Prévention de Conseil de Guerre. Etat mélancolique. Abandon de la plainte en Conseil de Guerre.

Le canonnier L..., incorporé en mars 1920, déserte en juin. Arrêté quelques mois après, il est en prévention de Conseil de Guerre.

Il est adressé à l'hôpital militaire pour examen psychiâtrique, motivé par une crise nostalgique dont il a été atteint à son incorporation et qui serait susceptible d'être retenue comme atténuant sa responsabilité.

Il n'existe pas, à proprement parler, chez L..., d'antécédents héréditaires qui puissent être retenus comme ayant pu influencer la vie psychique de L... par voie héréditaire directe, puisque les particularités observées chez ses parents se sont produites postérieurement à la naissance de L..., cependant il n'en est pas moins vrai que les éléments d'un « choc moral » ont une réelle importance médicale.

Ces causes de choc moral sont, chez L..., les difficultés familiales qui ont surgies entre ses parents, Les parents, en effet, qui étaient en instance de divorce depuis trois ans, sont divorcés depuis un an.

Le père était extrêmement nerveux, de caractère très emporté et buvait un peu. La mère est également de caractère très nerveux, elle s'est mise à boire et aurait eu plusieurs accès de *délirium tremens*. L... a un jeune frère de tempérament nerveux.

Comme antécédents personnels, L... a eu la rougeole à 6 ans. En 1913, il a été projeté à terre de sa bicyclette et présente une cicatrice, mais il n'y a pas de trace d'intervention pratiquée sur le squelette. Il ne semble pas que ce traumatisme ait provoqué chez L... l'apparition de troubles du système nerveux.

L... dit que depuis l'âge de 15 ans, les difficultés survenues dans sa famille ont déterminé chez lui l'apparition d'un état de dépression qui parfois s'accentuait sous forme d'accès passagers plus violents, mais qui persistaient avec un certain degré d'intensité, d'une façon permanente. Très triste, il ne fréquentait personne et parfois, il était hanté d'idées de suicide qu'il n'a pourtant jamais cherché à réaliser.

Marié en décembre 1919, il n'a aucune difficulté de ménage. Incorporé en mars 1920, il n'éprouvait aucune préoccupation sur la situation matérielle dans laquelle il laissait sa femme, mais par contre il ressentait dans le milieu de la caserne, du régiment, une vive déception au contact de ceux avec lesquels il était appelé à vivre et il constatait combien étaient répandues les habitudes alcooliques dont il avait appris chez soi à redouter les funestes conséquences. Il décrit avec une grande exactitude de termes, une fidélité très curieuse de souvenirs, l'état de dépression aigu qui survint alors chez lui et qui, à ses dires, se serait même accompagné d'amaigrissement.

Actuellement. — L... est un sujet vigoureux, en bon état apparent de santé physique ; au point de vue psychique, il dit immédiatement et sans qu'on n'ait nul besoin de le stimuler à faire cet aveu, qu'il est actuellement en bon état d'équilibre, qu'il ne se sent plus déprimé.

Il s'agit donc ici de cette situation très difficile dans laquelle peut se trouver placé un expert qui doit faire un diagnostic rétrospectif d'une maladie, actuellement guérie, laquelle il y a six mois environ s'est manifestée seulement par des troubles subjectifs.

L'apparente franchise du sujet qui ne semble nullement vouloir tirer un parti exagéré des incidents passés, cette franchise n'est guère un argument d'ordre médical.

Par contre un examen attentif et complet de L... permet de relever l'existence d'un signe qui paraît confirmer ses dires, la présence de sillons unguéaux.

Actuellement, chez L... on ne constate pas de traces de trouble de nutrition au niveau des ongles des mains, la raison

en est que les ongles des mains se renouvellent en une période de temps qui correspond environ à cinq mois. Par conséquent, les portions d'ongles qui avaient pu être altérées au moment où L... était dans un état dépressif, se sont déjà éliminées.

Aux ongles des orteils au contraire, ongles dont la croissance est moitié moins rapide que celle des ongles des doigts, on relève la présence de traces parfaitement nettes de troubles de la nutrition. Il existe, en effet, chez L... des sillons très nombreux, transversaux, au niveau des ongles de ses deux gros orteils, sillons dont le nombre et la profondeur attestent que L... a subi, il y a plusieurs mois, des troubles très sérieux de la nutrition générale.

Par ces constatations il paraît donc confirmé qu'on peut ajouter foi aux dires de l'inculpé et admettre que L... s'est bien réellement trouvé, il y a quelques mois, dans un état dépressif marqué, les signes objectifs constatés correspondent avec les explications fournies par lui. On peut tenir comme médicalement démontré que L... a agi lors de sa désertion sous l'influence de troubles morbides qu'il présentait à ce moment et, par conséquent, la plainte en Conseil de Guerre doit être abandonnée.

OBSERVATION VII

(Pr Chavigny. Obs. inédite. Service de Neuro-Psychiâtrie de l'Hôpital Militaire de Strasbourg.)

Soldat E... N'arrive pas à suffire aux obligations du service. Etat dépressif alternant. Abandon des sanctions.

E..., âgé de 21 ans en 1923, est un sujet de capacité intellectuelle marquée; il arrive au régiment déjà titulaire d'un premier prix de piano du Conservatoire de Paris.

Antécédents héréditaires. — Hérédité nerveuse assez marquée dans la famille; *antécédents personnels:* depuis plusieurs années déjà, ses proches ont remarqué chez lui certaines alternances de périodes d'état psychique normal ou plutôt même teintées parfois d'une légère exhubérance avec facultés intel-

lectuelles fonctionnant sur un rythme un peu exagéré (tendance très légère à l'hypomanie).

De temps en temps, périodes bien plus nettement marquées de dépression mentale pendant lesquelles E... s'isole de son entourage et manifeste un état de tristesse accentué. Il y a manifestement un ralentissement psychique. Cet état n'est pourtant pas grave, il n'a jamais été jusqu'au refus de l'alimentation et il n'a jamais été manifesté d'idées de suicide.

Au régiment, quelques manifestations exhubérantes motivent des punitions de la part de ses supérieurs et, à la suite de celles-ci, survient bientôt un état de dépression mélancolique. A l'hôpital où il est envoyé en observation, on assiste à une série alternante de phases, compliquées en périodes de subexcitation d'un projet de mariage des moins réfléchis. La rupture de ce projet entraîne l'apparition d'une période mélancolique plus marquée que les précédentes et c'est alors que se montrent des sillons unguéaux nettement marqués à tous les doigts, mais surtout visibles aux pouces. Ces sillons, dont le moulage très démonstratif a pu être fait, correspondent exactement comme date de formation à l'apparition de l'accès de mélancolie. Ce moulage a servi utilement à convaincre quelques-uns de ceux auxquels l'authenticité des troubles mentaux survenus paraissaient suspecte et a permis de faire lever les punitions de E...

OBSERVATION VIII

(Personnelle. Recueillie dans le service Neuro-Psychiâtrique de M. le Pr Chavigny, à l'Hôpital Militaire de Strasbourg.)

Soldat R... Fatigabilité. Suspect de simulation. Etat mélancolique.

R... est un jeune soldat incorporé en novembre 1928, qui avait accompli son service sans incident, sans avoir encouru la moindre punition, lorsqu'au début de janvier 1929, il commençait à se plaindre de fatigabilité, il lui était impossible de

s'acquitter de ses obligations militaires, tout effort un peu prolongé lui était pénible.

Il se présente alors à la visite et, en l'absence de tout symptôme objectif, le médecin du régiment l'adresse à l'hôpital militaire pour observation plus complète. C'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'examiner R...

C'est un jeune homme d'apparence normale, chez qui les examens répétés ne permettent pas de découvrir la cause de cette fatigabilité, dont R... se plaint continuellement. R... n'a aucun antécédent héréditaire ou personnel digne de retenir l'attention. On doit écarter chez lui toute idée de début de tuberculose.

Grâce à un examen attentif, on remarque aux ongles des pouces des sillons transversaux particulièrement accusés. Leur présence témoigne de la réalité des différents symptômes subjectifs dont R... se plaint et écarte ainsi l'idée de simulation qui pouvait être envisagée au début.

Actuellement R... présente un bon état général, mais il est presque anxieux.

Ce cas est si accentué et probant par ses sillons unguéaux que R... a été présenté au cours de médecine légale comme un cas type à retenir.

OBSERVATION IX

(Personnelle. Recueillie dans le service de Neuro-Psychiâtrie de M. le Pr Chavigny, à l'Hôpital Militaire de Strasbourg.)

Soldat D... Tentative de suicide. Suspect de simulation. Etat dépressif mélancolique. Envoi en convalescence.

Récemment incorporé, D... tente de se suicider dans sa chambrée avec un rasoir, mais il ne réussit qu'à se faire une légère entaille, superficielle au poignet. Ses chefs taxent de simulation cette tentative manquée, croyant être en présence d'une manifestation voulue pour attirer leur attention.

Cependant les motifs de cette tentative paraissant peu clairs, D... est envoyé en observation àl'hôpital militaire.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est très nerveuse.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves à noter. Mais, depuis quelques semaines, aux dires de son entourage, D... présentait un état de dépression, de dénutrition assez prononcé.

D... avait des ennuis avec sa famille ; à sa dernière permission, il avait même été mis à la porte par sa sœur et il n'est pas surprenant que ce fait ait eu une action sensible sur D... comme cause occasionnelle.

Il est fort probable que D... ait agi à la suite d'une impulsion soudaine, imprévue, au cours d'un « raptus anxieux » dans un petit état mélancolique. Il faut bien savoir qu'un suicide manqué n'est pas toujours un suicide simulé ; il est arrivé souvent qu'après plusieurs tentatives manquées, un individu ait finalement réussi à mettre son projet à exécution.

Ce qui confirme cette hypothèse c'est la découverte chez D... de sillons nettement marqués sur les ongles des doigts, et la date de production de ces sillons correspond à la période de troubles allégués.

De cette constatation, ressort cette conclusion que D... est un sujet à ménager, il ne faut pas le brutaliser, mais le remonter ; une convalescence lui serait nécessaire pour compléter la cure morale commencée à l'hôpital.

OBSERVATION X

(Personnelle. Recueillie dans le service de Neuro-Psychiâtrie de M. le Pr Chavigny, à l'Hôpital Militaire de Strasbourg.)

Gendarme P... Suspect de simulation. Etat dépressif. Congé de convalescence.

Le gendarme P... se trouve momentanément chargé de responsabilités qui dépassent ses moyens ; il se préoccupe, s'inquiète, craint de ne pouvoir se montrer à la hauteur de ses obligations nouvelles ; il perd le sommeil et, en quelques semaines, maigrit de façon notable.

Il se présente en octobre 1929 à l'hôpital pour obtenir un

congé de convalescence, ses chefs se montrant peu disposés à le ménager, croyant à un état de mauvaise volonté de sa part, malgré tous les efforts dont fait preuve P... pour arriver à accomplir sa tâche.

L'existence, chez P..., de sillons unguéaux, constatée très nettement lors de son passage à l'hôpital, permet de poser un diagnostic certain de troubles nutritifs profonds qui correspondent exactement à l'époque de l'état dépressif constaté et grâce à ces signes anatomiques que le médecin traitant fait valoir, dans son rapport d'expertise, le gendarme P... peut obtenir un congé de convalescence, se substituant très heureusement à des mesures disciplinaires qu'il était question de prendre contre lui et qui n'auraient eu pour résultat que d'aggraver son état mental et de pousser peut-être P... à des réactions regrettables contre son entourage ou même pouvaient le conduire au suicide.

CONCLUSIONS

I. — Le sillon unguéal est le résultat d'une altération profonde de la nutrition générale, qui a eu sa cause dans une maladie antérieure ou dans une affection mentale dépressive. Il fournit au clinicien l'indication formelle d'un trouble récent de la santé et sa date approximative.

II. — Au cours d'une expertise psychiâtrique, chez un sujet soupçonné de simulation, la constatation de sillons unguéaux peut attester la réalité des symptômes mentaux observés, la sincérité des troubles allégués par l'individu incriminé. C'est une garantie très assurée de leur authenticité.

III. — Ce caractère doit être pris en considération, mais il faut qu'il soit bien nettement constaté et surtout bien interprété. Pour pouvoir valablement conclure, d'après l'examen des sillons unguéaux, certaines conditions sont rigoureusement exigibles:

1° Il faut que les sillons soient constatés tout au moins aux ongles des deux pouces ou à ceux des deux gros orteils;

2° La date de formation probable des sillons doit

correspondre aux périodes principales des troubles pathologiques constatés;

3° En ce qui concerne l'*aliénation mentale*, dans le cas de diagnostic rétrospectif à établir chez un sujet redevenu normal, l'examen ne sera probant que si l'on constate la formation récente d'un ongle normal, les stries antérieures ayant été formées pendant la période des troubles mentaux.

IV. — Dans aucun cas, assurément, la constatation de sillons unguéaux ne peut tenir lieu de diagnostic; c'est simplement un symptôme qui a sa signification séméiologique et qui, s'ajoutant à d'autres symptômes, peut conduire à un diagnostic plus assuré ou mieux précisé.

Vu:
Le Président de Thèse,
CHAVIGNY.

Vu:
Le Doyen,
ANCEL.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur,
Ch. PFISTER.

BIBLIOGRAPHIE

Alliot. — Du sillon des ongles et de sa valeur pronostique. (Gaz. des Hôp. 1861, p. 442.)

Ancel (L.). — Des ongles au point de vue anatomique, physiologique et pathologique. (Thèse, Paris, 1868, n° 85.)

Arloing (S.). — Poils et ongle, leurs organes reproducteurs. (Thèse d'agrégation, Paris, 1880.)

Arnozan (X.). — Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux. (Thèse d'agrégation, Paris, 1880.)

Beau. — Sur certains caractères de séméiologie rétrospective présentés par les ongles. (Arch. Gén. de Méd., 1846, t. XI, p. 447.)

Beau. — Caractère séméiologique rétrospectif tiré de l'état des ongles. (Gaz. des Hôp. 1860, p. 398.)

Bloch (A.-M.). — Etude de la croissance des ongles. (C. R. de la Soc. de Biologie. Paris, 1905, t. I, p. 253, et 1908, t. II, p. 335.)

Briand (M.) et Delmas (A.). — Les désertions-fugues dans les petits états mélancoliques. (Bull. de la Soc. de Méd. légale de France, 1918, p. 137.)

Chavigny (P.). — Diagnostic des maladies simulées. (J.-B. Baillière, 1906.)

Chavigny (P.). — Troubles mentaux : leur diagnostic rétrospectif par les sillons unguéaux. (Ann. d'Hyg. publique et de Méd. légale, juillet 1907.)

Chavigny (P.). — Diagnostic rétrospectif des troubles mentaux par les sillons unguéaux. (Bull. de la Soc. de Méd. lég. de France, 1907, p. 121.)

Chavigny (P.). — Importance des troubles de la nutrition pour le diagnostic rétrospectif des troubles mentaux discontinus. (Bul. Soc. méd. légale de France, 1908, p. 314.)

Chavigny (P.). — Expertise psychiâtrique et troubles de la nutrition. (Bull. Méd. 1908, p. 994.)

Chavigny (P.). — Suicide et suicide manqué dans l'armée. (Ann. d'Hyg. publique et de Méd. légale, 1910, p. 481.)

Chavigny (P.), Soderlindh et Warin. — Expertise psychiâtrique rétrospective. Données pratiques tirées de la recherche des sillons unguéaux. (Bull. Soc. Méd. légale, oct. 1918.)

Chavigny (P.) et Brousseau. — Les petits états psychiâtriques de guerre : leur médecine légale. (Ann. médico-psychol. février 1919.)

Chavigny (P.). — Précocité des réactions psychopathiques dans le milieu militaire. (Caducée, 1909, p. 204.)

Chavigny (P.). — Sévices sur les enfants (privation de nourriture). (Ann. Méd. légale, 1928, p. 27.)

Darier (J.). — Précis de Dermatologie. (Masson, 1928, 4e éd.)

Dimo-Dimitroff. — Contribution à l'étude des sillons pathologiques des ongles. (Thèse, Genève, 1903, n° 8.)

Dufour (L.). — Observations sur la vitesse d'accroissement des ongles. (Bull. Soc. Vaudoise des Sc. nat. v. XI, 1872.)

Feer (E.). — Nagelveränderungen nach Scharlach und Masern. (Münch. medizin. Wochenschrift, 1904, p. 1782.)

Heller (J.). — Die Krankheiten der Nägel. (Hirschwald, Berlin, 1900.)

Humbert (G.). — Article « Ongles ». (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, . LXVII, p. 388. Masson, 1881.)

Lépine (J.). — Les sillons des ongles et les états hypotrophiques. (Lyon-Médical, 1907, p. 21.)

Matsuura. — Die Dickenschwankungen des Kopfhaares des gesunden und kranken Menschen. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. LXII, 1902, p. 273.)

Ménard. — Du sillon des ongles dans la convalescence des maladies graves. Loi de reproduction des ongles. (Gaz. des Hôp., 1860, p. 434.)

Papillon (A.). — Des sillons des ongles chez les aliénés. (Thèse, Lyon, 1895, n° 1141.)

Pierret. — Les sillons maladifs des ongles (s. de Beau) chez les aliénés et les nerveux. (Bull. Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 27 juin 1902, p. 410.)

Policard (A.). — Précis d'histologie physiologique. Doin, 1922.)

Pradier (F.). — Note sur la reproduction des ongles. (Gaz. des Hôp. 1861, p. 147.)

Régis (E.). — Précis de Psychiâtrie. (Doin, 1923, 6e édit.)

Sarrat (J.). — De l'infanticide dans ses rapports avec les psychoses transitoires des femmes en couches. (Thèse, Lyon, 1911.)

Soufflet. — Du sillon des ongles au point de vue séméiologique et physiologique. (Gaz. des Hôp. 1860, p. 506.)

Trèves (M.). — Intorno al fenomeno della striatura unguéale trasversa ed all' attivita di rigénerazione del tissuto corneo negli alienati. (Giorn. d. R. Acad. di Med. di Torino, 1900, p. 266.)

Trèves (M.). — On the frequency and significance of transverse striae of the finger nails in the normal, the criminal and the insane subjects. (The Journal of mental Pathology, New-York, 1901, vol. I, p. 215.)

Ulmo y Truffin. — Considérations sur les ongles, séméiotique et médecine légale. (Thèse. Paris, 1875.)

Vogel (A.). — Die Nägel nach fieberhaften Krankheiten. (Deutsches Archiv. f. klin. Medicin. Bd. VII, p. 333, 1870.)

Wagstaffe (W.). — On cross furrows in the nails. (St Thomas's Hospital Reports. London, 1890, v. XVIII, p. 173.)

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 11

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE ET CROISSANCE DE L'ONGLE 17

CHAPITRE II

AFFECTIONS INFLUENÇANT LA CROISSANCE DE L'ONGLE 23

1° Caractères physiques des sillons unguéaux 24

2° Affections où se rencontrent les sillons 26

A) *Troubles de la Nutrition générale* 26

a) Maladies aiguës 27

b) Maladies chroniques 29

B) *Troubles de la Nutrition locale* 31

C) *Maladies mentales* 33

3° Indices que peuvent fournir les sillons 37

Valeur diagnostique 41

Valeur pronostique 43

CHAPITRE III

APPLICATIONS MÉDICO-LÉGALES 45

A) *Preuves fournies par la recherche des sillons* 45

1° Identification d'un cadavre 45

2° Sévices sur les enfants (Privation de nourriture) 46

3° Expertises psychiâtriques rétrospectives 47

B) *Recherche et Diagnostic différentiel du sillon unguéal*.. 61

C) *Date de la formation du sillon* 66

D) *Quelle est l'affection qui a provoqué l'apparition du sillon* 69

E) *Exemples d'expertises médico-légales* 71

Conclusions 93

Bibliographie 95